

# 小児保健栃木

第18号 2001年3月

栃木県小児保健会

# 小児保健栃木 第18号

## 目 次

はじめに 栃木県小児保健会会長 江口 光興 .....	1
○平成12年度栃木県小児保健会総会並びに研修会 .....	2
シンポジウム 2000年以降の小児保健のあるべき姿 -小児の発達発育と保健-	
1) 未熟児follow up体制の検討 —合併症を有した児の管理システムの構築の必要性— .....	3
獨協医科大学総合周産期母子医療センター・新生児部門助教授 田中 吾朗	
2) 小児科医から見た学校保健：現状と課題 自治医科大学小児科助手 野沢養護学校校医 野崎 靖之	
3) 乳幼児二次健診・学校保健のあり方と問題点 —医療、教育、福祉分野のネットワークをめぐって— .....	10
国際医療福祉大学クリニック 言語聴覚センター 栃木カウンセリングセンター 臨床心理士 小林 順子	
特別講演 .....	13
「小児の事故と突然死」 演者：東京家政学院大学家政学部教授 同 保健管理センター所長 古川 利温	
○平成24回栃木県母性衛生学会・栃木県小児保健会合同研修会 .....	20
第12回とちぎ思春期研究会研修会	
1) 親と子の絆 .....	21
尚徳有隣会主幹・常務理事 楡木 定治	
2) 母と子の絆—自閉症児の発達支援— .....	23
獨協医科大学 小児科(血液)講師 海野 健	
3) 母と子の絆と父性の機能と役割 .....	25
自治医科大学看護短大 小児・母性看護学数教授 川崎佳代子	
特別講演 .....	26
「子どもたちのいのち」・「親と子の絆」 聖路加国際病院 小児科部長 細谷 亮太	
○平成12年度「こどもの健康週間」事業報告 .....	32
○栃木県小児保健会役員名簿 .....	33
○栃木県小児保健会規約 .....	34
○栃木県小児保健会会員の加入状況 .....	36
○編集後記 .....	37



## はじめに

### まず二十一世紀になすべき事

栃木県小児保健会会長 江口 光興

二十世紀に終わりを告げ、二十一世紀を迎えるに節目に時期に当たり、小児保健の分野で我々は過去に何を残したかを振り返り、未来に何をしなければならないかを考えなければならないでしょう。二十世紀の最も偉大な発見は抗生物質と言われております。小児はこの恩恵に最も多く浴したことと思います。感染症での死亡が十九世紀とは比べものにならない位に減った事は事実でしょう。しかし、同時に、耐性菌を生みました。これをどう克服していくかが二十一世紀に申し送られる事になります。また、二十世紀末は移植医療など高度先進医療の進歩もめざましく、多くの方がその恩恵にあずかりました。しかし、経済面、QOLなどで全く問題がないわけでもありません。教育面では、だれでも大した苦勞なく、最高学府に行けるようになりました。しかし、同時に、心がすさみ、いじめや登校拒否が増えております。これも二十一世紀に申し送られる大きな問題の一つです。育児・保育についてみますと、食生活は豊かになり、栄養失調などはなくなりました。しかし、被虐待児は増え、子供を育てる親たちの環境は厳しいものになっております。夜間の小児科救急医療は正にお寒い状況で、育児に対する不安も広がっております。

二十一世紀には栃木県小児保健はすべき事が山ほどあります。夜間の小児救急医療体制を確立して、安心して育児ができるようにすること;幼児から成人まで連続的に心、体、教育などをそれぞれの専門家が一体となってみることが出来る施設や制度を作る事;それにも増して、社会全体として小児を健やかに育てる環境を整える事;などが挙げられます。一つ一つの解決には栃木県小児保健会を構成する多種多様の職種の方々の壁を越えた協力が必要かと思えます。小児保健会のようならゆる方面の専門家を集め、小児の健康を目指す集団は他にはありません。今後とも、力を合わせて頑張っていこうではありませんか。どうぞよろしく願い申し上げます。

平成12年 5月27日

## 平成12年度栃木県小児保健会総会・研修会のご案内

栃木県小児保健会  
会長 江口 光興

### 記

日時：平成12年 6月24日（土）午後1時 受け付け開始  
会場：宇都宮市医師会館 5階講堂  
宇都宮市戸祭4-1-15 電話：028-622-5255

### プログラム

1. 受け付け (13:00~13:30)
  2. 総会 (13:30~14:00)  
会長あいさつ  
議事 平成11年度事業報告、平成10年度決算報告、監査報告  
平成12年度事業計画案、平成11年度予算案、役員選任
  3. 研修会 (14:00~15:20)  
シンポジウム 2000年以降の小児保健のあるべき姿  
ー小児の発達発育と保健ー  
司会：自治医科大学小児科教授 桃井真理子
  - 1) 未熟児follow up体制の検討  
ー合併症を有した児の管理システムの構築の必要性ー  
獨協医科大学総合周産期母子医療センター・新生児部門  
助教授 田中 吾朗
  - 2) 小児科医から見た学校保健：現状と課題  
自治医科大学小児科助手  
野沢養護学校 校医 野崎 靖之
  - 3) 乳幼児二次健診・学校保健のあり方と問題点  
ー医療、教育、福祉分野のネットワークをめぐってー  
国際医療福祉大学クリニック 言語聴覚センター  
栃木カウンセリングセンター 臨床心理士 小林 順子
  - 4) 質疑応答ならびに全体討論
- 休 憩 (15:20~15:30) —————
4. 特別講演 (15:30~17:00)  
司会：獨協医科大学小児科 (血液) 江口 光興

### 「小児の事故と突然死」

演者：東京家政学院大学家政学部教授  
同 保健管理センター所長 古川 利温

### 連絡先

〒321-0293 栃木県下都賀郡壬生町大字北小林880番地  
電話：0282-86-1111 (代) FAX：0282-86-2947  
獨協医科大学小児科 (血液) 教室 井上

## 未熟児follow up体制の検討 —合併症を有した児の管理システムの構築の必要性—

獨協医科大学 総合周産期母子医療センター 新生児部門 田中吾朗

### 1. はじめに

獨協医科大学総合周産期母子医療センターが栃木県の周産期センターとして稼動し始めて3年半になる。2大学の新生児ベッドの増加により、妊婦を隣接県（茨城、埼玉、東京など）へ母体搬送するという事態はなくなった。県内の1次産科施設からの新生児の入院申し込みを断るケースも激減し、地域周産期センターとの協力体制のもとで、新生児の入院システムは順調に動いているように見える。

しかし、相変わらず、NICUベッドの満床状態は続いており、このまま放置すれば本県の周産期システムは早晩する破綻することが予測される。

また、センター退院後の児が小児病棟へ再入院し、小児病棟のベッド不足を起こしている問題も無視できない。

ここでは、周産期センターの運営をスムーズに行うという観点から、周産期センター退院後の児の管理の問題を、獨協医大の成績を検討することにより考察し、問題解決の方向性を打ち出すことにしたい。

### 2. 対象と調査方法

#### ① 獨協医科大学周産期センター新生児部門

開棟以来1999年末までの退院患者を入院患者データ・ベースを調査。

#### ② 小児病棟

1997年1月～1999年12月の3年間の入院患者を小児病棟入院台帳で調査。

表1. 1999.12迄に退院した患者数  
(獨協医科大学総合周産期母子医療センター)

出生体重(g)	生存児	死亡児	計
< 1000	197	110	307
< 1500	540	51	591
< 2000	894	51	945
< 2500	1071	42	1113
≥ 2500	2089	112	2201
計	4791	366	5157

新生児部門入院歴のある患者の入院日と退院日を入力。

#### ③ 集計パソコン・データ・ベース (M言語) によった。

### 3. 周産期センター新生児部門の長期入院患者の実体

増床したNICUがベッド不足になる最大の原因は長期入院患者の増加である。表1に新生児部門の患者数を示す。1978年11月の開棟以来1999年末までの20年間に、新生児部門から退院した患者は、5157人である。その内、死亡退院は366人(7%)である。なおこの数字は、新生児死亡ではないことに注意。生存退院は、4791人であり、転院、転棟などもこれに含まれている。

表2に1年以上入院していた児の一覧を示す。1年以上の長期入院患者は18名で、出生体重は、582-4206g、在胎週数は、24-41週である。1982年におこった新生児SIDSの児が2年間入院して死亡している。

最初は数年に1名だった患者が、次第に症例数が増加し、1995年からは1年に数名に増えている。先天異常と後遺症を残した超低出生体重児が大部分である。退院できない理由は高度の神経障害または呼吸障害である。

NICU治療の期間はせいぜい半年であり、家庭へ帰れない児のその後の収容先がスムーズに決まらなければ、NICUの機能が損なわれることになる。即ち、転院すべき患者が総合周産期母子医療センターの定床数の1-2割を占める事態となるのである。

身障者施設への転院が進まない一つの理由は、重症心身疾患といっても身体的合併症が重すぎることがあげられる。第二の理由は、施設の絶対数の不足である。特に1歳未満の児の引き受けには抵抗が大きい。

大学病院内で小児病棟への転棟も行われるが、これが小児病棟のベッド不足の原因となり、本来の小児疾患患者の入院

表2. 周産期センターに1年以上長期入院した症例の一覧  
(獨協医科大学病院総合周産期母子医療センター、1978-2000.6)

番号	性	体重	週数	年	期間	予後	診断名 (長期入院の理由)
1	女	4206	41	1982	2y00	死亡	SIDS・CP・MR
2	女	582	24	86	1y02	退院	CLD・MR・Epi
3	男	2900	40	88	2y04	退院	染色体異常・MR・CP
4	男	930	25	89	1y00	退院	WMS・MR・CP・Epi
5	女	3000	37	92	1y10	退院	髄膜瘤・MR・CP・Epi
6	男	3705	39	93	1y06	退院	水頭症・MR
7	男	1760	37	95	1y03	退院	水無脳症・MR・CP・Epi
8	女	2762	38	95	1y06	死亡	肺低形成
9	男	855	27	95	1y01	退院	CLD
10	男	815	24	96	2y00	退院	CLD・MR・CP
11	女	920	28	96	2y02	死亡	仮死
12	男	900	27	96	1y00	退院	小腸閉鎖
13	男	2940	38	97	1y00	死亡	奇形症候群
14	男	740	25	97	1y07	死亡	WMS
15	男	1952	36	97	1y02	退院	奇形症候群
16	男	2392	34	97	2y11	入院中	仮死
17	男	1660	33	98	1y07	入院中	染色体異常
18	男	1988	39	99	1y01	死亡	染色体異常

注意：定義など

体重：出生体重 (g)

週数：在胎週数

期間：退院時の年齢に相当

診断名：略号の説明

SIDS：乳幼児突然死症候群

MR：発達遅滞、CP：脳性麻痺、Epi：てんかん

CLD：慢性肺疾患、WMS：Wilson-Mikity症候群

を妨げることになる。また、いずれ転院先を探す必要性が生じる場合が多く、問題解決の先送りに過ぎない。

#### 4. センター退院後の再入院調査

次に、センター新生児部門に入院した児が退院後、小児病棟にどれくらい再入院し、小児病棟のベッドを占有したかを調べてみる。

調査期間は県の周産期センターとしての稼働開始後の3年間である。調査対象は、小児病棟の入院台帳である。新生児部門に入院した患者の入院日と退院日を入力した。調査開始日以前から入院していた児は、1997年1月1日の入院として扱った。2000年になっても退院できないでいる児は、1999年12月31日に退院と見なして集計した。この調査により判ることは、20年前から未熟児のベッドを持

っている病院が、最近の3年間に、小児病棟の再入院という負荷がどれほどかかっているかという1つのデータを提示出来るということである。

しかし、調査期間が3年に限られているため、それ以前の入院、それ以後の入院が調べられないので、ある体重、ある週数の患者の小児期の再入院日数の期待値は出せないことになる。このためには、10年くらいの調査期間が必要であろう。

まず、調査した3年間に小児病棟に入院した患者数を出生体重別に見てみる。

1000g未満群 (表3、10) では、期間中の入院日数が数ヶ月に及ぶ症例が多く、平均入院日数は、66.4日であった。調査期間を通して入院が続いた症例が1例みられた。Wilson-Mikity症候群や長期人工換気のために慢性肺疾患となった症例、声門下狭窄のため気管切開を受けている症例、神経学的合併症を有する症例が目立った。

1500g未満群 (表4、11) では、6ヶ月を越える入院児は存在せず、平均入院日数は、22.6日であった。比較的軽症の慢性肺疾患が多くみられた。

2000g未満群 (表5、12) では、上位に外科疾患と神経学的後障害を認める例がみられ、親の引き取り拒否が長期入院の理由として登場している。この群で再入院を必要とする理由として、基礎にIUGR (子宮内発育不全)

表3 小児病棟入院日数別患者数：1000g未満群  
(獨協医科大学病院、1997.1～1999.12)

入院日数	7日未満	30日未満	180日未満	180日以上	総計
患者数	6	13	18	1	38
総日数	22	208	1199	1095	2524
平均	3.7	16.0	66.6	1095	66.4

表4 小児病棟入院日数別患者数：1500g未満群

入院日数	7日未満	30日未満	180日未満	180日以上	総計
患者数	17	17	13	0	47
総日数	60	242	761	0	1063
平均	3.5	14.2	56.5	0	22.6

表5 小児病棟入院日数別患者数：2000g未満群

入院日数	7日未満	30日未満	180日未満	180日以上	総計
患者数	6	22	7	3	38
総日数	32	258	481	1454	2225
平均	5.3	11.7	68.7	485	58.5

表6 小児病棟入院日数別患者数：2500g未満群

入院日数	7日未満	30日未満	180日未満	180日以上	総計
患者数	10	24	17	3	54
総日数	40	323	1125	1054	2542
平均	4.0	13.5	66.2	351	47.1

表7 小児病棟入院日数別患者数：2500g以上群

入院日数	7日未満	30日未満	180日未満	180日以上	総計
患者数	27	48	49	7	131
総日数	122	726	3093	2198	6139
平均	4.5	15.1	63.1	314	46.9

表8 小児病棟入院日数別患者数：全体重

入院日数	7日未満	30日未満	180日未満	180日以上	総計
患者数	66	124	104	14	308
総日数	276	1757	6659	5801	14493
平均	4.2	14.2	64.0	415	47.1

表9 小児病棟出生体重別入院日数

出生体重(<)	人数	延べ回数	総入院日	1日平均	平均入院日数
<1000	38	99	2524	2.3	66.4
<1500	47	87	1063	1.0	22.6
<2000	38	69	2225	2.0	58.5
<2500	54	120	2542	2.3	47.1
≥2500	131	231	6139	5.6	46.9
計	308	606	14493	13.2	47.1

の存在が大きな意味を持つと考えられる。

2500g未満群(表6、13)および2500g以上群(表7、14)では、染色体異常、ミオパチー、多発奇形、外科疾患などの先天性の疾

患が多くみられた。その他に、再生不良性貧血、白血病などの疾患が登場してきており、周産期疾患とは無関係なものがこの群では多くみられた。

以上の体重別の群をまとめたものが表8である。調査した3年間に、周産期センター入院歴のある児の小児病棟再入院日数は、延べ14,493日であり、1日当たりの入院患者数は  $14493 / (365 \times 3) = 13.2$ 人となる。

表9に出生体重別の入院日数のまとめを示した。1日当たり、1000g未満の児が2.3人、1500g未満の児が1.0人など、13.2人の体重別の内訳が示されている。

当院の小児病棟ベッド(小児科と外科を併せて)は71床であり、13.2人は、18.6%に相当する。この13.2ベッドの中には周産期疾患と直接関係のないものも含まれるので、周産期センター入院児が周産期疾患を理由に小児病棟に再入院する実数はもう少し小さな数字となると考えられる。それはともかくとして、30-40床の周産期ベッドを持つことは、10床を越える小児病棟のベッドを必要とし、小児科の診療にそれだけの負荷をかけることを意味している。栃木県は小児科ベッドを有する病院

が少なく、これと比べれば大都市圏にある周産期センターでは、選択肢が多くなるため、13.2よりも小さな数字で済む筈であり、逆により過疎県のセンターでは集中が進み、もっと大きな数字になる可能性がある。



表10 小児病棟長期入院患者上位5名：1000g未満群

(獨協医科大学病院、1997.1～1999.12)

	体重	週数	入院回数	入院日数	原因・診断名
1	580	26	1	1095	声門下狭窄・カニューレトラブル・CP・MR
2	550	24	5	150	仮死・声門下狭窄・MR
3	815	24	4	130	Wilson-Mikity症候群・MR
4	550	28	4	117	双胎間輸血症候群・RDS・MR
5	910	26	3	77	Wilson-Mikity症候群・慢性肺疾患

表11 小児病棟長期入院患者上位5名：1500g未満群

	体重	週数	入院回数	入院日数	原因・診断名
1	1296	29	5	104	無呼吸発作・PCO2高値
2	1115	31	1	101	双胎・慢性肺疾患
3	1175	27	7	79	Wilson-Mikity症候群
4	1365	29	7	73	脳室内出血・慢性肺疾患
5	1045	27	3	51	PDA・慢性肺疾患

表12 小児病棟長期入院患者上位5名：2000g未満群

	体重	週数	入院回数	入院日数	原因・診断名
1	1850	37	10	624	低血糖・仮死・CP・MR・Epi
2	1784	37	1	605	食道閉鎖・遺棄
3	1809	39	9	225	PVL(先天性)・CP・MR・Epi
4	1595	36	1	155	双胎・鼻閉
5	1908	33	1	83	胃破裂

PVL：脳室周囲白質軟化症

表13 小児病棟長期入院患者上位5名：2500g未満群

	体重	週数	入院回数	入院日数	原因・診断名
1	2398	41	1	635	ミオパチー・遺棄
2	2100	37	13	216	RDS・再生不良性貧血
3	2180	42	13	203	18トリソミー・VSD
4	2484	41	1	177	多発奇形・不整脈
5	2447	35	3	151	双胎・白血病

表14 小児病棟長期入院患者上位5名：2500g以上群

	体重	週数	入院回数	入院日数	原因・診断名
1	3558	42	3	725	仮死・CP・MR
2	2600	40	4	328	S状結腸閉鎖
3	3145	38	4	282	先天性胆道閉鎖
4	3008	36	6	218	21トリソミー・ASD・肺高血圧
5	3018	40	4	215	21トリソミー・白血病

### 5. 周産期医療存続のための提言

上の、3. 4. で調べた結果に基づき、以下のことが必要であると考え。この改革を先延ばしすれば、栃木方式として全国的に注目を浴び、周産期指標の改善の兆しを認めている本県の周産期システムをもとの黙阿弥にってしまうおそれがある。

- ① 身障センターのベッドの充実  
数の上では、常に空きベッドを用意しておくこと。  
質の上では、乳児の入院とある程度の呼吸管理のできるベッドを用意すること。  
その上で小児のある病院との有機的結

合を実現するべきである。

- ② 周産期センターの充実  
NICUの中に、1歳近くまでの入院を可能とする施設を作る。
- ③ 小児病棟への公的資金の援助  
看護婦の増員が必要である。看護基準を満たしているが、呼吸不全を起こし、痙攣を起こす児を多く抱えるには、現在の看護の人数では不十分である。結果的に本来の小児病棟の患者を圧迫している。

この3つの項目は互いにオーバーラップしている。担当範囲の決定には、関係者の討論が必要である。その上で、周産期医療と障害者医療の密接な体制を構築しなければならない80年代半ばに、我々は、「栃木県新生児研究会」として、「未熟児ベッド不足が深刻になる」という意見を出したが、されは実現されず、90年代に周産期指標の悪化を招いた。今回は、その経験を繰り返すべきではない。

# 小児科医から見た学校保健：現状と課題

## －学校精神保健を中心に－

自治医科大学小児科助手  
野沢養護学校校医

野崎靖之

### I. はじめに

学校が病んでいるといわれて久しく、学校での出来事が社会的に大いに影響を与えている。この現状を認識し小児化が進む21世紀に向けて、いかに心身ともに健やかな児童、生徒を育成するかは学校保険関係者の最重要課題といわれている。

こうしたなか、各県に於いて学校保健の現状を把握するためにいくつかの研究報告がなされておりそれぞれ貴重な提言がなされている。しかしいずれも教師、養護教諭、校医の視点からの報告で、小児科医の視点からの報告は少ない。そこで今回私たちは栃木県における学校保健の現状と課題について、特に学校保健と接点を持つ機会の多い小児科医の眼を通して検証した。

### II. 目的

小児科医の視点から栃木県の学校保健、特に学校精神保健の問題点を明らかにする。

### III. 対象及び方法

小児科医院、総合病院の小児科医長、大学病院の小児科医長の合計33名に対してアンケートを実施した。アンケート内容は1. 不登校、2. いじめ、3. 注意欠陥多動性障害(ADHD)、4. 行為障害(非行)、5. 自閉性障害(自閉症)、6. 虐待、7. 性、8. 身体疾患、9. その他についてそれぞれ学校保健の観点から問題として感じていることについて自由記載とした。

### IV. 結果

有効回答21名

その他を除く8項目について小児科医は1. 不登校、19名(90%)、2. いじめ、13名(60%)、3. 注意欠陥多動性障害(ADHD)、17名(80%)、4. 行為障害(非行)、11名(50%)、5. 自閉性障害(自閉症)、12名(60%)、6. 虐待、16名(80%)、7. 性、6名(30%)、8. 身体疾患、15名(70%)、で、性以外の項目については多くの小児科医

が問題を感じていた。

また、それぞれの小児科医が8項目のなかでいくつかの項目に問題を感じているかを見ると半数以上の小児科医が5項目以上に問題を感じていた。

### V. 自由記載の内容

#### 1. 不登校

適切な受け皿がない。診療体制上の限界。不登校を呈する精神疾患の存在を認識する必要がある。分裂病、躁鬱病の初発症状としての不登校の存在を認識する必要がある。

#### 2. いじめ

不登校を呈している児童や心身症、精神症の児の再適応の最大の妨げの一つになっていることを認識する必要がある。

いじめは主観的な体験であり、客観的な事実は必ずしも必要ないことを確認してほしい。地域医療と学校との連携に期待する。教諭の対応や学校の閉鎖性の改善を望む。もっといじめの実体をオープンにしてほしい。

#### 3. 注意欠陥多動性障害(ADHD)

診療体制上の限界、疾患の理解を深めること。薬物療法がすべてではない。薬をもらってきなさいという指導はやめほしい。学校と地域医療との連携が必要である。

#### 4. 行為障害(非行)

適切な受け皿がない。治療が困難。小児科だけでは限界。診療体制内におさまらない。治療という概念にあてはまらない。医療に過剰な期待を寄せてはいけない。医療はあまり手出しをしてはいけない。医学的疾患があっても医療が必要なのはごく少数。現在の日本では学校も医療機関も自信を持った関わりはとうていできない。連携、情報の共有。

#### 5. 自閉性障害(自閉症)

高機能自閉症の理解を深めること。学校などの教育の場がどの様な役割を担っているかを再認識する必要がある。学校という枠組みの中での指導の限界、適切な教育システムの欠如、療育訓練機関の不足。

#### 6. 虐待

虐待防止ネットワークの成長は評価できる。  
特に初動には満足しているが持続が問題。

児童相談所、病院、学校、警察の連携の重要性。特に性的虐待も含めて早期発見に関して学校の果たす役割。性的虐待を訴えられる人や場の配置の必要性。

#### 8. 身体疾患

不定愁訴を主訴とする疾患のなかに起立性低血圧や過敏性腸症候群があることへの理解。医療的チェックを受けてほしい。慢性疾患を持つ児童に対するメンタルヘルスへの関心が薄い。

#### 9. 学校保健関係者に望むこと

小児科医が参加できる機会がほしい。学校保健委員会の定期開催。小児疾患について理解を深めてほしい。甘え、なまけと決めつける前に必要があれば医療のチェックを受けてほしい。

小児科医との連携。

### Ⅵ. 結論

小児科医は学校保健、学校精神保健における問題点の克服には地域保険活動と学校との連携が重要であると認識していた。

#### おわりに

アンケートにご協力いただきました諸先生に深謝いたします。

# 乳幼児二次健診・学校保健のあり方と問題点 —医療、教育、福祉分野のネットワークをめぐって—

国際医療福祉大学クリニック  
言語聴覚センター 臨床心理士

小林順子

### I、はじめに

現在スクールカウンセラーとして学校現場に入っている立場から、教育現場での現状を報告し、合わせて乳幼児検診に携わっている立場から、医療と教育福祉の今後のあり方について一考察を述べる。

### II、学校現場から

#### (1) 教育界の変化

近年暴力的な少年事件がマスコミをにぎわせた。「キレる子ども」という言葉がkeywordになり、この関係で「行為障害」「ADHD」の診断名が教育界でも広く一般的に知られるようになった。学校の中で繰り返し問題行動を頻発させる児童、生徒に対して、教師らは「ADHDではないか」「何か病気が潜んでいないか」というように医学的な視点を持ち、対応しようとするが増えて来たように思われる。

家庭が学校の意向に協力的であれば、来院して医学的な診断を受け、ケアをされるケースも増えている。

以前に比べると、教育界の中で医学的、専門的な側面に光をあて、その知恵を使って児童、生徒に対応しようという風潮は強まっていると思われるし、現実として、来院し投薬により行動が大きく変化するケースなども増えているので、教師たちの中にはますます医学的な側面を無視せずに対応していくことが良い、という認識が生まれて来ている。

これは、今まであった教育界の中だけで全ての問題に対していけるようなシステムが崩壊し、各専門機関と連携を取りながら対応していこうとする開かれた方向に大きく変化していることの表れであると思われるが、今後はますますこのような方向に変化してくと思われる。

その分、闇雲に〈情熱〉やく生徒に対する深い思い〉だけで〈叱咤〉〈激励〉したりするという情緒のみを重要視する対応は影を潜め、その原因を探ってできるだけ科学的な方向性のもてる対応をしていこうとしている。

#### (2) 現状

しかし現実的には、日常的に児童・生徒の精神発達に関わる医師やその他の臨床家と連携が保てているわけでははないので、子どもたちからの何からのサインが起こって来た時に、それが生物学的、器質的に見てどういう問題なのか、あるいは発達面、環境面でどういう問題なのか、対応に緊急性があるのかわからないのか、などの問題を整理しきれず、曖昧なまま抱えようとしてみたり、関わろうとすることがあり、対応をみると葛藤があるように思われる。

また、実際に不登校、集団不適応行動など心理的な問題で相談に来られるケースのうちその背景に広範性発達障害（特にアスペルガー障害）、学習障害、border 級から軽度の精神発達遅滞など軽度の知的、対人認知障害があるケースがかなり多くなっており、子どもの問題行動の背景を理解することはかなり専門的な知識、知恵が必要になってくる困難な作業であるといえる。

次に「ADHD」「自閉症」などのいくつかの診断名についてはかなり知られているが、では、例えばADHDと診断された子どもたちに対して、具体的にどのように日常対応して行ったらいいか、ということになると多くの教師が迷っている現状もある。

医学的な診断が、個人的な教育プログラムの作成までには役立っていない現状があるのである。つまり、現実的には医学的な知恵、知識が子どもたちの健全な成長発達の側面をサポートするために役立つ余地はかなり残っていると言えると思う。

特殊学級、情緒障害児学級など発達障害児の教育を前提としたクラスに在籍している場合でなく、通常級に在籍している軽度の知的障害児に対する対応により専門的な医学的教育的配慮が求められる。

もう一つの側面は、心理的問題の早期発見ということである。

教師らは、日常的に子どもたちと生活を共に

し、集団場面での子どもたちに関わっている。そこでの友人関係の持ち方や感情面の特徴によりかなり子どもたちの心理的特徴をつかむことができる。(確かに行動の捕らえ方が一面的であるために、関わる教師によって問題児が作られてしまうということもないではないが)逆にその時点できちんと対応することによって子どもの問題を大きくしないで済むということもできる。

ただし、問題なのは、教育という分野では家庭への介入に限界がある、ということである。学校は地域の中にあり、学校も家庭も子どもの生活から見るといずれも《日常》で、その関係性は対等である。また、日常的な関係の中では、問題の焦点が絞りにくい。従って、学校では子どもの問題行動が家庭の中の出来事と関係があると思っても、そのことだけを取り上げて対応することができない。学校では、家庭の問題は棚上げにして、校内の人間関係の中で出来る限り、支えて行こうと努力するが、家庭の問題が残存する場合、問題解決の根本にならず場面が変われば問題を再燃していく、ということを繰り返す。

現実的には、学校がこのような問題を把握し対応してもらいたいと考えて専門機関を紹介しようと考えても、現状では適切な医療機関がない。

医学、福祉の分野でこのような《対人関係性治療》の専門性を持った治療機関があると精神保健の分野において、予防的な意味で有効であると思われる。

### Ⅲ、乳幼児検診から

#### (1) 現状

現在の乳幼児検診ではその目的が、早期対応できる疾病の発見と運動精神発達遅延・障害児の早期発見、早期対応に主眼が置かれているように思われる。

#### ①親の障害認知

幼児期の早期療育の主な目的は、子どもの発達促進という側面の他、親の障害受容の側面が大きい。

これは親の内的な子どもに対する夢やファンタジーが一度死に、新しく目の前にいる子どもを受け入れるということであり、フロイトの言った《悲哀(喪)の仕事》に値する。この課程で一時期は親の自殺願望、

子どもを拒否する気持ち「生まなければ良かった」「いなくなってほしい」、家庭崩壊の危機など様々な危機が訪れるが、危機を乗り越え、子どもの成長を確認できたとき受け入れていけるようになってくる。

両親ら家族の他、子どもの周囲にいる人々の成長を促す大仕事である。

現在は、このような家族の成長を支えるような早期療育システムの整備が不足しているように思われる。そのため、思春期になる年齢まで子どもの本来の姿に気づかず二次的な問題が発現するまで、「みんなと同じにやっている(ように見える)から大丈夫」と安心してしまったり、診断名を幼児期にもらっていても、診断名の意味するところが分かっていない、とか目の前にいる我が子の姿からなぜ診断されたか、がわかっていないという場合もある。

経過の中で診断を理解していくことと多くの人に関わられる中で少しずつ現実を受け入れて行くシステムが是非必要である。

#### ②情緒発達の早期発見早期対応

知的な問題はないが、子どもの情緒発達の問題、子育ての問題があるケースへの早期発見早期対応のシステムがない。この問題は、特定のスクリーニングシステムはないので、検診に関わっておられる保健婦さんの実感としてしか把握されていないのではなかろうか。

実感を基盤にしている以上、この時点では曖昧にされがちであるが、集団生活一特に場面が課題設定の強い入学後に不登校、不適応、心理的問題として発現されていく。問題が発現する前に予防的な意味で対応していける余地が残されていると思う。

### Ⅳ、連携のあり方から

#### ①医療と教育の文化の差

用語の違い、考え方の違い、価値観の違いなど医療と教育の分野には文化の差が大きい。それぞれの仕事の特徴、現状をよく理解することが信頼できる連携を取るためには必須のことであるように思われる。

#### ②連携の取り方の不明瞭さ

教育分野から見ると、「通院はしているらしく薬ももらっているが、病院で何をもらっているかいま一つよく分からな

い]「お医者さんがどう考えているか知りたいが。」

連絡を取ろうとしても、連絡していいのか悪いのか、いつどこでどうやって連絡を取っていいのか、など具体的なことを迷う、との声も聞く。

### ③教育相談という分野

教育の中で教育相談という分野はかなり広い多岐にわたる問題を扱っている。しかし現実的にその内容は質、量ともに各一人一人の先生方の力量にゆだねられている部分が多い。

実際は、それぞれ専門的に対応しなければならぬ問題が盛り込まれており、医学福祉司法など様々な分野との連携が必要である。

## V、今後に向けて

### (1) 早期療育システムの整備

親の障害認知が遅れることで、二次の情緒障害が起こっているケースが多い。乳幼児期に子どもの障害認知、障害受容をしっかりさせるためのシステムの整備の見直しが必要である。

### (2) 早期情緒発達のスクリーニングシステム構築

子どもの情緒発達の早期のゆがみを修正することがその後の健全な育成を育むと思われ、乳幼児検診の中でそのためのスクリーニング、早期対応システムを構築していくことが有効であると思われる。

### (3) 乳幼児検診から教育相談への記録の一本化

学童期に情緒的な二次障害が大きく表れてから、乳幼児検診で自閉傾向を指摘されていたなどの発達面の情報が出てくることがある。一人の子どもの縦断的な発達を見て行くことが重要であるが、乳幼児検診の記録と教育相談の記録を一つにまとめることで、対応の面でできたこと、やり残していることが連携でき、長期的な視点で成長発達を見て行くことができるのではないかと。

幼児期に続き思春期に問題が発現することが多いが、教師の理解の中に縦断的な発達成長への視点、療育への理解が育つ可能性もある。

ただし、個人の情報が乱用されないための基本的な教育も合わせて実施しなければなら

ない。

### (4) 精神保健の予防的対応の可能な専門機関の設置

問題が起こって来ないと病院にはかかれぬ。

しかし、以下のような例がある。

①思春期に摂食の問題を起こす子どもが、児童期にはかなり超自我の強い強迫的な性格として長い間気にかけていた。

②幼児期早期に家庭の事情で強制的に集団にいれられた子どもが、思春期強い対人恐怖を訴え引きこもりとなった。友達に溶け込むことが難しく友人作りの下手な子どもとして教師が長いこと対応していた。

③学童期不快な感情のコントロールが悪く、周囲の人や物にあたり攻撃的な子どもが中学に入り、非行行動が激しくなった。

問題がはっきりする前に、予防的にかかれ、治療的対応がしてもらえる医療機関が設置できることで早期に対応することができるように思われる。

## VI、おわりに

学校は大人社会で起こる問題が全て起こると考えてもよい。多彩な問題が山積している臨床の現場そのものである。問題が起こったから来院し治療するという構造ではなく、予防的に対応していくことで、かなり子どもの健全な育成が図られる可能性も大きい、と実感している。

学校現場を支え、子どもの健全育成をはかるため医療、福祉の知恵と知識が必要になっていると思われる。



## 小児の事故と突然死

東京家政学院大学 家政学科教授  
保健管理センター所長  
獨協医科大学名誉教授

古川利温

はじめに

近年の医療の進歩によって、子どもの健康を損なう原因は大きく変化した。かつては、主要な死因であった感染症が、治療可能になり、不慮の事故、先天異常や悪性新生物が死因の上位を占めるようになってきた。

平成10年の人口動態統計<sup>1)</sup>をみると、子どもの死因第1位は、0歳児では先天奇形、変形及び染色体異常であるが、1歳以上24歳までは、不慮の事故である(表1)。さらに、0歳児についてみると、第2位は周産期に特異的な呼吸障害及び心血管障害、第3位は乳幼児突然死症候群、第4位は不慮の事故である。この乳幼児突然死症候群は、それまで健康に見えた乳幼児に突然出現し、緊急処置を要する点で、不慮の事故に近い安全障害の性質を持っている。その他、転倒・転落、加害、火災などが頻度が高い(表2)。

全死亡数に占める不慮の事故死者の割合は、5～9歳で最も高い。

このような状況は、事故と突然死の防止が現代の小児保健の重要な課題であることを示している。

### 1. 小児の突発的死亡の実態

子どもの不慮の事故による死亡を原因別にみると、0歳では、不慮の窒息が最も多く、

溺死及び溺水、交通事故がこれに次いで多い。1歳では、溺死が最も多く、交通事故、不慮の窒息がこれに次いで多い。2歳以上では交通事故が多く、溺死及び溺水がこれに次いで多い(表2)。<sup>1)</sup>

このような事故発生状況を欧米諸国の状況と比較すると、<sup>2)</sup>わが国の不慮の事故による死亡率は欧米諸国に比して低く、転落や中毒も低率であるが、溺死及び溺水は最も高い。交通事故による死亡率は中位である。

これらの事故死の背景には、死に至らぬ事故が多数発生している。田中の試算では、死亡事故1件の背後には、医療を要する事故2600件、家庭で処置した事故は10万件、無処置で経過したもの19万件が発生していると推測されている。<sup>3)</sup>

ここでは、不慮の死亡の主要原因である交通事故、溺死及び溺水、及び不慮の窒息とともに、乳幼児突然死症候群、主として学童・生徒にみられる突然死を検討したい。

### 2. 交通事故

#### (1) 発生状況

子どもの交通事故死傷者数(平成10年)は、表3のとおりで、死亡者は0～6歳で最も多く、負傷者は13～15歳で最も多かった。いずれの年齢階級でも男児の方が女児に比して死

表1. 年齢別死因順位；平成10年

(死亡率 人口10万対)

年 齢	第1位		第2位		第3位		第4位	
	死因	死亡率	死因	死亡率	死因	死亡率	死因	死亡率
0歳	先天奇形など*1	131.4	周産期呼吸障害など*2	56.0	乳幼児突然死症候群	29.9	不慮の事故	22.4
1—4	不慮の事故	9.3	先天奇形など	5.4	悪性新生物	2.6	肺炎	2.4
5—9	不慮の事故	5.8	悪性新生物	2.3	先天奇形など	1.2	肺炎	0.9
10—14	不慮の事故	3.0	悪性新生物	2.4	自殺	1.3	心疾患	1.0

\*1：先天奇形など：先天奇形、変形及び染色体異常  
(厚生省統計情報部「人口動態統計」による)

\*2：周産期呼吸障害など：周産期に特異的な呼吸障害及び心血管障害



表 2. 年齢別、男女別 不慮の事故による死亡者数：平成10年

区 分	0 歳	1 歳	2 歳	3 歳	4 歳	5～9 歳	10～14 歳	計
不慮の事故 計	269	172	92	104	73	353	210	1273
男	161	109	53	67	40	249	158	837
女	108	63	39	37	33	104	52	436
交通事故 計	15	38	42	38	42	181	108	464
男	13	25	22	26	24	126	79	315
女	2	13	20	12	18	55	29	149
溺死、溺水 計	17	78	12	20	9	100	46	282
男	10	50	6	14	5	74	40	199
女	7	28	6	6	4	26	6	83
不慮の窒息 計	197	31	10	11	7	18	18	292
男	119	18	7	5	4	11	11	175
女	78	13	3	6	3	7	7	117
転倒・転落 計	11	8	13	8	4	15	15	74
男	6	4	7	3	0	10	12	42
女	5	4	6	5	4	5	3	32
火災など 計	4	9	11	17	9	26	8	84
男	1	7	8	13	6	18	6	59
女	3	2	3	4	3	8	2	25
その他の事故 計	25	8	4	10	2	13	15	77
男	12	5	3	6	1	10	10	47
女	13	3	1	4	1	3	5	30

(厚生省統計情報部「人口動態統計」による)

表 3. 年齢層別、男女別交通事故死傷者数 (平成10年)

(人)

区 分	死 者 数			負 傷 者 数		
	総 数	男 子	女 子	総 数	男 子	女 子
全 年 齢	9,211	6,407	2,804	990,675	561,398	429,277
0 ～ 24 歳	2,111	1,662	449	320,011	194,747	125,264
0 ～ 6 歳	160	104	56	25,136	14,926	10,210
7 ～ 12 歳	92	62	30	32,457	20,933	11,524
13 ～ 15 歳	69	45	24	19,328	10,799	8,529
16 ～ 19 歳	784	639	145	92,941	59,364	33,577
20 ～ 24 歳	1,006	812	194	150,149	88,725	61,424

資料：警察庁調べ

傷者は多かった。<sup>4)</sup>

事故に遭った時の子どもの状態をみると、0～6歳では、平成7年までは歩行中が最も多かったが、平成8年からは自動車乗車中の方が多くなっている(図1)。<sup>5)</sup> この図でさらに注目されるのは、自転車同乗中の死傷者

数も漸増している点である。これは、自転車に幼児を同乗させた状態の事故が増加していることを示している。都道府県公安委員会規則では、16歳以上の人が自転車に乗る場合、6歳未満の幼児1人の同乗が認められている。もう1人を背負うのを認めている自治体もあ

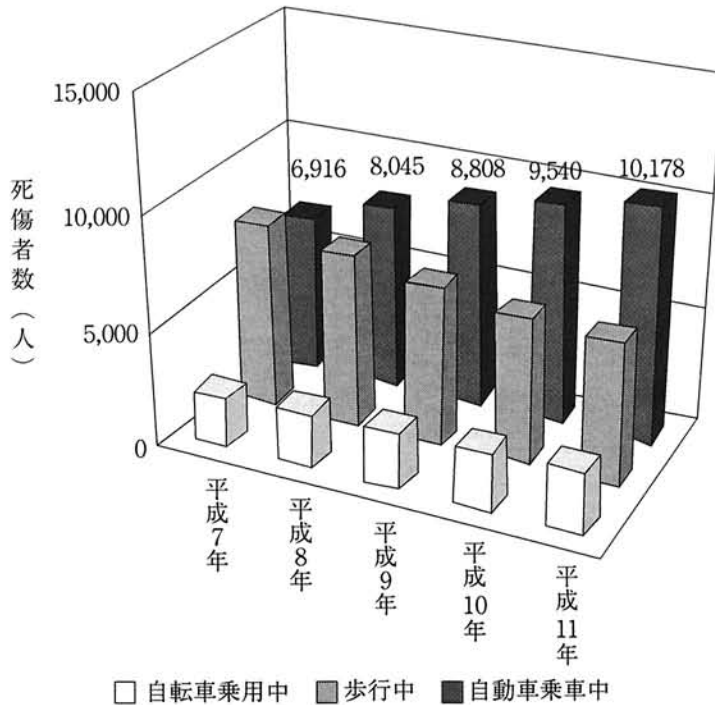


図1. 交通事故による幼児（6歳未満の子供）の死傷者数の推移

表4. 海外におけるチャイルドシートの使用義務

国名	使用が義務づけられる子供
イギリス	2歳以下はチャイルドシート使用・3歳以上11歳以下かつ身長150センチ未満はチャイルドシートがあれば使用、なければシートベルトを着用
ドイツ	11歳以下かつ身長150センチ未満
フランス	9歳以下
スウェーデン	6歳以下
アメリカ合衆国	州によって異なる（4歳未満又は体重40ポンド未満（カリフォルニア州）、13歳未満（テネシー州）、身長40インチ以下（ケンタッキー州）等）

「チャイルドシートの着用実態に関する調査研究報告書」（財）国際交通安全学会による

る。自転車の前後に2人の幼児を同乗させる「ママチャリ」の増加がマスコミでも取り上げられ、その安全性についての危惧が出されている。13～15歳児の事故でも、自転車乗用中の事故が最も高率である。

このような統計は、年齢階級によって、事故防止の重点を変える必要性を示している。

(2) チャイルドシートの着用

平成11年の道路交通法の一部改正により、6歳未満の幼児へのチャイルドシートの使用が義務化され、平成12年4月1日から施行された。

幼児に対するチャイルドシートの使用義務は、欧米では既に行われており、わが国も、ようやく追いついたのである（表4）。<sup>6)</sup>

これまでのわが国のチャイルドシート使用

率は、日本自動車連盟（JAF）<sup>7)</sup>の調査によると、平成8年には、0～2歳：30.4%、3～5歳：4.4%、であり、平成9年でも6歳未満：15.1%であった。

チャイルドシートが幼児の交通事故による死傷者を減少させ得ることは、交通事故総合分析センターの分析（平成6～10年）の結果にから、十分に予測されるところである。表5にみられるように、交通事故にあった幼児のうち、チャイルドシートを使用していた場合は、非使用の場合に比して、死亡・重傷率は約1/2.5、致死率は約1/4である。<sup>6)</sup>

チャイルドシート使用にあたっては、子どもの体格に合ったタイプを用いること、シートベルトで確実に座席に固定するなど適切な使用が大切である。

チャイルドシート取り付け状態の調査（JAF、1999）<sup>7)</sup>では、しっかり取り付けられた：15.6%、少し緩みあり：31.3%、かなり緩みあり：53.1%という結果が出されており、使用の指導が必要である。このためのチャイルドシート指導員養成が総務庁やJAFなどの協力で始められた。

チャイルドシート使用中の事故としては、保護者が車から離れた間に乳幼児の首にベルトが巻きついて死亡した例、衝突時の衝撃でチャイルドシートのベルトをすり抜けて車外に放出され死亡した乳児例などがあり、慎重・適切な使用が必要である。

表5. チャイルドシート使用・非使用別の死傷者数

	チャイルドシート使用			チャイルドシート非使用		
	前席	後席	合計	前席	後席	合計
死者数	1	1	2	27	28	58
重傷者数	26	13	40	251	241	499
死亡重傷者数	27	14	42	278	269	557
死傷者数	3,022	2,625	5,672	13,798	18,573	32,921
死亡・重傷率	0.89%	0.53%	0.74%	2.01%	1.45%	1.69%
致死率	0.03%	0.04%	0.04%	0.20%	0.15%	0.18%

注1) 平成7～11年の累計

注2) 着用不明及び車両が大破した事故は除く

注3) 死者数、重傷者数及び死傷者数の単位は人

注4) 合計には乗車位置不明を含む

注5) 死亡重傷者数＝死者数＋重傷者数、死傷者数＝死者数＋重傷者数＋軽傷者数

注6) 死亡・重傷率＝死亡重傷者数／死傷者数、致死率＝死者数／死傷者数

### (3) 妊婦のシートベルト着用

妊婦のシートベルト着用は、わが国では義務づけられていないが、欧米では妊婦の安全のため、義務化されたり、推奨されている。

妊婦のシートベルト着用免除は、シートベルトによる腹部の圧迫が妊娠の維持や胎児の体に与える影響を考慮してのものであるが、妊婦が交通事故に遭った場合は、シートベルト着用が母子の安全のために有利であるという統計は欧米では多数報告されており、米国の妊婦の着用率は86～87%との統計もある。<sup>8)</sup>

わが国でも着用を勧める論文が多い。小澤ら<sup>9)</sup>は、シートベルト非着用妊婦の交通外傷で、胎児死亡1例、新生児多発性脳梗塞1例、胎盤早期剥離を起こしたが、新生児に異常がなかった1例を報告し、妊婦のシートベルト着用の重要性を述べている。妊婦110人に対するアンケート調査では、シートベルト非着用率は61.8%で、非着用の理由は、法的義務がない、圧迫感、着用に伴う危険度の増加などを挙げるものが多かった。

シートベルト着用の際は、腹部を圧迫しないようにベルトを出来るだけ下げ、脚の付け根にかけるように勧められている。座布団状のシートを座席に固定し、その上に座り、シートベルト装着後、ベルトの腹部に当る部分を引き下げて、脚の間のストッパーに通すような装置も販売されている。

### 3. 溺死及び溺水

溺水患児の年齢を小児科学会事故対策委員会報告で見ると、1歳代が最も多く、6歳以上では減少している。溺水の場所は、風呂・浴槽が半数近くで圧倒的に多い。これは、1歳代の幼児が、家族が目を離れた間に風呂の残り湯に入って溺れることの多いことを示している。屋外では、海、プール、川、池などでの溺水が多い。

山中<sup>10)</sup>の1歳6か月健診時のアンケート調査では、乳幼児229人の約1/3に浴室での事故がみられた。

このうち、溺水は25件みられた。洗い場から浴槽の縁の高さが50cm未満の家庭が70.6%で、溺水はすべてこのような浴槽で起こっている。残り湯をしている家庭は69.8%であった。これも溺水の危険を伴う状況であり、改善する必要がある。

#### 4. 不慮の窒息

不慮の窒息は、0歳児の事故死としてもっとも多い。窒息の原因をみると、誤嚥が第1位を占め、ベッド内での不慮の窒息及び絞首がこれに次いで多い。<sup>1)</sup>

誤嚥されるのは、逆流した胃内容物あるいは食物が多い。離乳期の食餌の与え方、殊に大きさ、硬さ、量などに十分注意する必要がある。また、この時期にはビニール袋、風船、ボタン、びんのキャップ、ピーナッツなど口に入る小物を乳児の手の届くところに置かないことが必要である。

ベッド内での窒息は、うつぶせ寝で濡れたシーツによって上気道が塞がれる、睡眠中の乳児がマットとベッド柵や壁の間にうつぶせに挟まれるなどでおきる。

絞首は衣類、ひも、カーテンのひもなどによる。いずれの場合も、家族の目が届かないことが加わって事故に至っている。

#### 5. 乳幼児突然死症候群

ほぼ健康と考えられていた乳児が突然死亡し、病理解剖によっても死因となるべき解剖学的所見が見出されず、事故(窒息)を示唆する状況証拠がない場合につけられる診断名である。気道に嘔吐物が少量認められることが多く、窒息と混同されることも、かつては少なくなかったと推定される。近年、わが国でも前述のとおり、0歳児の死因の第3位を占めるようになった。米国では0歳児死因の第1位で、1,000人の出生に対して、1.3人の

高率である。生後2～4カ月に好発し、95%は6カ月以内に出現する。原因は不明であるが、脳幹部の発達障害や機能異常、殊に呼吸中枢の異常が示唆され、研究されている。

わが国の死亡例837例についての疫学的研究<sup>11)</sup>ではリスク・ファクターとしては、うつぶせ寝(オッズ比:3.03、以下同じ)、人工栄養(4.92)、両親の喫煙(3.50)、低出生体重(4.53)が挙げられている。海外の研究でも、これらはリスク・ファクターとしてあげられている。<sup>12)</sup> 海外の研究ではこの他、20歳未満の若い母親、3人目以降の子ども、結婚していない母親などもリスク・ファクターとして報告されている。

欧米では近年、うつぶせ寝の率を3～10%までに減らすことによって、乳幼児突然死症候群の発生率を出生1,000人に0.4～0.5人まで減少させ得ることが証明されている。なぜ、このような効果があるのかは不明である。うつぶせ寝と心肺機能調節、殊に呼吸不全に対する換気・覚醒反応の低下との関係が論じられている。

この症候群の発生の的確な予知法は未だ開発されていないが、低出生体重児で無呼吸発作のみられる場合などハイリスクと考えられる時は、持続モニターによる管理が行われている。うつぶせ寝、両親の喫煙や栄養法などのリスクファクターについても、配慮する必要がある。

#### 6. 学校における事故、突然死

学齢期の事故、突然死は学校管理下に起きるものも多く、その防止、対応が必要である。

学校における死傷発生状況は、災害共済給付状況で見ると、平成元年には年間3.68人/100人であったが、その後、漸増し平成7年には、4.57人/100人に達し、以後横ばいの状態である。打撲、捻挫、骨折などが多い(学校安全、日本体育・学校保健センター資料)。

学校管理下の突然死発生率(年間、概数)は、小学生で10万人あたり0.3、中学生0.8、高校生0.9である。心臓死がそれぞれ、その70、75、85%を占めている。中枢神経系疾患(頭蓋内出血など)によるものが、約10%みられる<sup>13)</sup>。

心臓死の基礎疾患としては、先天性心疾患が最も多く、心筋疾患(心筋症など)がこれ

に次いで多い。その他、不整脈、原発性肺高血圧症などがあるが、基礎疾患の不明な心臓性？突然死が20%みられることが注目される。

<sup>14)</sup> これらの突然死は、心筋疾患、不整脈では、運動時に多く、先天性心疾患、肺高血圧症では安静時に多い傾向がみられた。

これらの突然死の予防については、先天性心疾患の健康管理を徹底させる必要がある。また、学校検診が契機となって診断されることのある肥大型心筋症（65%）、拡張型心筋症（27%）、原発性肺高血圧症（20%）に注目する必要がある。<sup>15)</sup>

## 7. 事故の予防

子どもの事故の予防は、子どもを取り巻く環境と子どもの行動の両面から検討する必要がある。

まず、環境について見ると、出来るだけ事故が起こり難い構造に整備することが求められる。住居、保育園、学校、道路、プール、池や川などの安全性を高めるためのチェック・ポイントを作り、点検して危険箇所を発見し、改善する必要がある。

一方、子どもの行動の安全性を高めるには、年齢層に応じた対策を取る必要がある。乳幼児では保護・安全管理が肝要であり、年齢が上がるに従って、しつけ（安全指導・安全学習）の比重が重くなる。事故を起こしやすい傾向をもつ子どもがいることも、管理上、注意する必要がある。

核家族化、少子化の進んだ現代では、家庭で子どもの近くで誰かが気を配っている状態を保つのが困難となっている。ちょっと目を離れた間に事故が起きることはよくあることである。もう少し長時間の安全管理について欧米では、両親が揃って出かける場合、ベビー・シッターを雇うか、近所同志で子どもを預かりっこすることが日常的に行われている。この背景には、乳幼児を放置しただけで法規により罰せられることも関係があると考えられる。わが国ではこのような法規はなく、車内に乳児を長時間放置し、車内高温化により死亡させる事件が後をたたないのは遺憾である。

安全指導は、保育所や幼稚園から行われるが、事故予防効果が十分に期待できるのは小学校以降である。これらの教育は、子ども自身の安全をめざすものであるが、さらに、子

どもの安全管理を含めた安全教育が、中学校、高校、大学や保健所で行われ、事故防止だけでなく、事故時の応急手当も指導される。

徳植<sup>16)</sup> は、女子大学生（229人）にアンケートを行い、子どもの事故の応急手当についての知識や能力、それらをどこで得たか、などを調査した。例えば、心肺蘇生法の知識があり、必要時には出来そうだと答えたのは34%、これらの知識を得たのは、中学・高校の保健体育の授業、自動車教習所と答えた者が多かった。学内で救命講習会があれば参加したいと答えたのは、68%であった。次いで、保健所の育児サークル等に参加している乳幼児を持つ母親52人に行ったアンケートでは、心肺蘇生法を知っていると答えたのは48%、出来る、あるいは出来ると思うと答えたのは36.5%であった。これらの知識を得たのは、保健所、消防署、日赤などの講習会が多かった。

長村ら<sup>17)</sup> の出産直後の母親152人に対するアンケートでは、人工呼吸法を知っていると答えたのは34%、出来る、または出来ると思うと答えたのは14.3%、心臓マッサージについては、知っていると答えたのは20%、出来る、または出来ると思うと答えたのは10%であった。応急手当について、知識修得の場としては、学校、幼稚園、保育所、保健所や病院を希望する者が多かった。

## まとめ

暮らしのなかで、子どもの安全はどのような時に障害されるか、頻度の高いのはなにか、それを防ぐには、どのようなことが必要かをみてきた。

事故では、交通事故がもっとも重要であり、今春から義務づけられたチャイルドシートが、その軽減に大きい効果を発揮することが予測される。また、わが国では義務免除されている妊婦のシートベルト着用が、事故時に母子の安全を守ることが外国の成績でも確認されており、勧奨されるべきであると思われる。自動車による死傷とともに、自転車同乗中の乳幼児の負傷も増加しており、対策が必要である。

溺死及び溺水は、国際比較でわが国で最も多く発生しており、浴槽縁を高くする、残し湯を止める、浴室の施錠などによる予防が必



要である。乳児の窒息については、離乳食の慎重な与え方、睡眠環境の管理、小物を遠ざけるなどの注意が必要である。

乳幼児突然死症候群では、近年わが国でも証明されたりリスクファクターのうつぶせ寝、両親の喫煙、人工栄養などについての配慮が望ましい。

これらの事故を防ぐには、住居や地域の危険場所のチェックを徹底して、整備するとともに、安全管理、安全教育を充実することが大切である。安全教育の中では、応急手当の教育も重要であり、学校、保健所、消防署、自動車教習所などの教育活動を高める必要があると考えられる。

#### 文献

- 1) 厚生省大臣官房統計情報部：平成10年「人口動態統計」平成11年。
- 2) 石井博子、田中哲郎、杉田太幹：不慮の事故の国際比較。平成9年度厚生省心身障害研究報告書「小児の事故とその予防に関する研究」151～157頁
- 3) 田中哲郎：子どもの事故防止マニュアル。診断と治療社。東京 1995。
- 4) 平成11年度版青少年白書—青少年問題の現状と対策—総務庁青少年対策部編。平成12年1月。154～161頁。
- 5) 交通事故統計からみるチャイルドシートの使用効果—平成7年から11年の5年間のデータに更新—  
交通事故総合分析センター報道提供資料、平成12年4月10日。
- 6) 平成10年度自主研究H10～04「チャイルドシートの着用効果に関する調査研究報告書」交通事故総合分析センター、平成11年6月。
- 7) JAF Home Page, <http://www.jaf.or.jp.safety/data/cont.htm>
- 8) Tyroch AH, Kaups KL, Rohan JR, Song S, Beingesser K: Pregnant Women and Car Restraints: Beliefs and Practis. J Trauma 46 (2):241～245, 1999.
- 9) 小澤武史、萩原ゆり、黒崎元之、寺本チエ、田中吾朗、石川和明、森島真、渡辺博：妊婦交通事故とシートベルト着用—妊婦交通事故3例の経験と妊婦のアンケート調査—日本新生児学会誌32(1):204～207, 1997.
- 10) 山中龍宏：1歳6か月健診における浴室での事故、ならびに浴槽の実態調査。平成9年度厚生省心身障害研究「小児の事故とその予防に関する研究」報告書、113～119頁。
- 11) 田中哲郎、加藤則子、土井徹、市川光太郎、中川聡、宮坂勝之、武田康久、北島智子、小田清一：乳幼児突然死症候群の育児環境因子に関する研究—保健婦による聞き取り調査結果—日本公衛誌46(5):364～372, 1999.
- 12) 中川聡：最近海外で行われた乳幼児突然死症候群の疫学調査に関する研究。平成9年度厚生省心身障害研究報告書「乳幼児の突然死等の実態把握に関する研究」83～93頁。
- 13) 原田研介：学校心臓検診について。東京都医師会雑誌52(3):518～522, 1999.
- 14) 加藤裕久他：日本循環器学会学術委員会(1995—1997年度報告)調査研究：若年者心疾患における突然死の実態と予防に関する研究。Japa-nese Circulation J.62 Suppl. II 781—787,1998.
- 15) 小野安生、越後茂之、山田修、塚野真也：学校心臓検診の有用性と限界—心筋症、原発性肺高血圧の場合—日本小児循環器学会雑誌16:346—348, 2000.
- 16) 徳植千晶：子どもの事故防止及び応急手当。東京家政学院大学  
平成11年度卒業論文。
- 17) 長村敏生、清沢伸幸、水田隆三、吉岡博、沢田淳：出産直後の母親への応急処置教育(1)—母親の応急処置の理解度—平成9年度厚生省心身障害研究報告書「小児の事故とその予防に関する研究」125～131頁。

第24回栃木県母性衛生学会・栃木県小児保健会合同研修会  
第12回とちぎ思春期研究会研修会

主催：栃木県母性衛生学会  
栃木県小児保健会  
とちぎ思春期研究会

後援：栃木県  
下野新聞社

日時：平成12年9月30日（土）13：00～16：00  
会場：宇都宮市医師会館 5階講堂

プログラム

13：00	開会挨拶 来賓挨拶	栃木県母性衛生学会会長 栃木県保健福祉部 部長	佐藤 郁夫 揚松 龍治
13：10	演者Ⅰ	「親と子の絆」 尚徳有隣会主幹・常務理事 座長 栃木県母性衛生学会会長	榆木 定治 佐藤 郁夫
13：40	演者Ⅱ	「母と子の絆—自閉症児の発達支援—」 獨協医科大学 小児科（血液）講師 座長 栃木県小児保健会会長	海野 健 江口 光興
14：10	演者Ⅲ	「母と子の絆と父性の機能と役割」 自治医科大学看護短大 小児・母性看護学教授 座長 栃木県保健福祉部	川崎佳代子 篠澤 隼子
14：40	休憩		
14：50	特別講演	「親と子の絆」 聖路加国際病院 小児科部長 座長 栃木県母性衛生学会会長	細谷 亮太 佐藤 郁夫
16：00	閉会挨拶	栃木県小児保健会会長	江口 光興

## 親と子の絆

尚徳有隣会常務理事・主幹 榎木定治

私はこのテーマのお陰で、七十余年のわが身を振り返り、父母・先祖そして子・孫・曾孫更には有縁の方々に思いを馳せ、温かくも有難い絆を味わうことができた。

### 1 名もなく貧しく強かに

私の先祖は、郷土史家の話では榎木の里に千余年も土着してきたという。この先祖と父母の絆に支えられ励まされ今日を迎えた。

わが家は、歴代男子が育ちにくいため祖母の発案で私の運勢を占い、誕生日を旬日延ばして入籍したという。私の名づけ親は祖父で、字配りがよく、同名者も少なく、逆さに読むと「治定」となり、人生訓ともなる誇り高い名前である。

父は温和で律義者。旧陸軍の騎兵で戦前から村の在郷軍人会や消防組の庶務や会計を務め、時々大算盤をパチパチ弾いていた。小学校3年の頃「二一天作の五」の割算九九を教わり、算盤の手解きを受けた。父は「若いうちの苦勞は買ってでも」や「世の為、人の為」が口癖であった。

母は明るく勝気で働き者。躰は厳しく、礼儀作法もうるさかった。よく「おケラ人間にはなるな」といった。水田の畦に住む昆虫のケラは潜る、歩く、飛ぶ、鳴く、泳ぐと多芸だが、みな些かでその行状はまさに反面教師のモデルだったことが後でわかった。

私は今でも両親の匂を思い出す。父のは小学校入学の日乗せて貰った自転車の荷台で、母のは里帰りの和服にまつわりついた時の匂。前者は散髪時に、後者は衣替の時の樟腦の匂いに誘われて思い出し、70年前にタイムスリップして懐しさが甦る。

### 2 教職41年を駆け抜ける

終戦で前橋予備士官学校を復員した私は、同年10月、月俸65円で郷里の青年学校教諭になった。前半20年は教諭として、後半は管理職で41年を大過なく務めることができた。学級担任は6回、302人の生徒と出会った。若気の過ち多く、ノーマルな師弟の絆を結べな

かったことを悔いている。

しかし私は「教育は人なり」や「進みつつある人のみ人に教える権利あり」、「寝ていて人を起こすな」など、青年師範学校や父母の教訓を心に銘じて精進これ努めた。

昭和41年、国は毎月第3日曜日を「家庭の日」と定め、全国の市町村を督励して望ましい家庭の再建に力を注いだ。私はPTAと共に明るく温かい、円満堅実な家庭作りは、親子、家族の絆作りがあると信じ運動を進めた。

### 3 「何も彼も子供孫にと明けて暮れ」

これは昨年1月、金婚50年での述懐である。私たち夫婦は、子供3人孫8人そしてこの度は曾孫にも恵まれた。曾孫の名づけ親として神棚に供える命名書の揮毫の時、手も心も震えて筆が進まなかった。この時神秘的な生命の流れを深くかみしめた。

私は残された生命を精いっぱい生きて、先祖からの志を次代に引継ぎたいと思っている。

### 4 絆なき刑余者と共に

私は平成元年、請われて寄迎のない刑余者の更生施設長に就任し、11年間に1473人と出会い、「氏より育ち」や「三ツ子の魂百までも」の諺を、実地に体験してきた。

犯罪の近因は、本人の無知・貧困・飲酒・ギャンブル・薬物・性などだが、遠因は幼少期の家庭教育にあり、「人は人を浴びて人になる」という人的環境に恵まれなかった薄幸な人達の多いことを知った。

これは数年前、全国の少年院生のアンケートでも裏づけられる。それによると、(1) 幼児期の躰では、①溺愛63%、②放任23%、(2) 溺愛した人、①母70%、②祖母24%、(3) 授乳では、①人工乳60% ②母乳20% ③人工・母乳16%、(4) おやつでは、①本人に買わせる93%、②買って与える5%、③作って与える2%であった。

親子の絆は、先ず親が子に愛情を注ぎつつ目をかけ手をかけ、心をかけて築かれる。米国の犯罪心理学者グローダー博士は「刑余者



の多くは、これまでの人生できちんとした人間関係を一度も築けず、自他の生命を粗末にし、倫理・道徳観念に無関心な反社会的人格障害者」と指摘している。

更生保護の仕事は、彼等に悔悟の情を刺激しつつ起居の生活を提供し、就業によって物心両面での力をつけ自立させることにある。

そのためには、彼等自身の親子・夫婦・肉親・有縁の人々との愛情と信頼を回復又は再構築すること即ち絆づくりの援助・指導にあると治定し、私は今日も励んでいる。

# 母と子の絆－自閉症児の発達支援－

獨協医科大学小児科（血液） 海野 健

はじめにお断りしておきますが、このタイトルは母と子の絆に問題があって自閉症児になった、というわけではありません。今から20年以上前まではこのようなことが言われた時期があり、自閉症は「母子関係の障害」であるとか「母親の育て方が悪い」から自閉症になったなどと言われました。大変な子供の面倒を見るばかりでなくその原因までが母親に押しつけられていたわけです。現在ではこのようなことは全く否定され、先天的な脳の器質的な異常、とされています。では、母親は関係ないか、というとそうではありません。自閉症児を育て発達させる、という面で母親は決定的な役割を担っている、と考えられます。自閉症の子どもたちが小児科を受診するのは主に健診からであったり「言葉の遅れ」を主訴に受診しますが、この子達は「言葉の遅れ」だけでなく、「視線が合わない」「呼んでも振り返らない」「遊びに誘っても乗ってこない」「そっけない」「絵本を見せても見てくれない」「一緒に遊べない」「どンドン走って行ってしまふ」など、行動面や対人関係、物への接し方などについても問題を持っています。そうした子ども達の養育に母親の役割は極めて重大で大きな力があります。しかし、どのように接したらよいのか、発達を促進するにはどのようにしたらいいのか、お母さん達は途方に暮れている、といっても過言ではありません。なにか子どもに対して遊んでやろうとしても、誘いに乗ってこないのでもうということが長く続くとあきらめてしまうお母さんや、「個性」－一人が好きなんだ－ということにしてしまう場合さえあります。

当科発達外来では自閉症幼児に対して「お母さんが実施する自閉症児の療育訓練」を10年来実施しており一定の成果を得ました。今回、「自閉症児の家庭養育」についてお話しいたします。

基本方針（戦略）は簡単です。1つは「母親の声に気づかせること」、2つめは「母親の指差すところを見ること」です。

### 1 母親の声を聞く

自閉症の幼児は母親が「声をかけても振り返らない」「視線を合わせない」等があります。訓練を考えると、では「声に振り向く」のはどういう条件かを考え、それに合った接し方をします。

- 1) 新聞を読んでもTVで「宇都宮」というとTVを見てしまいます。でも名古屋や九州の人は振り返らないでしょう。自分と関係のある言葉には耳を傾けてしまいます。お母さんの声が最も自閉症の子どもには入りやすいと思われれます。
- 2) 犬はペットフードの缶の音に反応します。音と「快」が結びついていると振り返るわけです。よく遊んでくれる人の声は良く入ります。
- 3) 日本人は外国の街角で日本語を聞くと自分に関係のないことでも振り向いてしまいます。自分が聞き馴染んでいることば（声）には振り返ります。これを訓練課題とすれば「（自閉症の）子どもが出す声をまねてお母さんが言いましょ」となります。つまり、「〇〇ちゃん語」をお母さんも話すことにします。
- 4) 人混みの駅でも人と話せます。その時は相手と視線を合わせます。課題は「いないいないばー遊び」です。たいていの子は喜びます。

こんな接し方をしましょう。「いつもやっていること」とおっしゃるかも知れませんが「伝える」という意識を持って接するかどうかがポイントです。この（1）は言い換えれば、母親の声に対する「選択的注意」を形成する、とも言えます。

### 2 指差したものに子どもの視線（注意）を向けさせる

これは「人（母親）」－「物」－「人（子ども）」の関係を作る、ことで「共同注意」（ジョイント・アテンション）と言われている

るものです。これがないと物を教えることが出来ません。この課題はお母さんの家事のお手伝いの形でします。洗濯機から出した洗濯物を渡す、持った洗濯物やおもちゃをかごに入れる、じゃがいもを拾う、食器を持っていかせる、こぼした牛乳を拭く、タオルをたたむ、のようにお母さんのお手伝いをします。日常の作業の良いところは「必ず終りがある」「順序がある」「繰り返さない」「動作の加減を知る」「作業の種類が多い」「おおざっぱ」等です。幸い自閉症の幼児でも母親の後追いをして台所に足を踏み入れることが多いのでこちら（母親）の土俵で訓練が出来る利点があります。

私どもの発達外来ではこれらを課題表として作成し、目標までを7段階に段階分けにして実際の訓練はお母さんがしています。（1）から始めます。来院は月1回です。

訓練を行った症例を初診時と1カ月後のビデオでお示しました。初診時は母親の声に振り向かず、母親が出ていっても関心を向けず、発声は叫び様で、手にただスプーンをつかみ、床に座り込んだり、手当たり次第に物を投げる児が1カ月後は、Drにも視線を向け、おもちゃを置いた机の前においてなんとか父親と果物や野菜（おもちゃ）を皿に載せ、時に母親をみて語りかけるように発声し、母親の膝に飛び込むところが見られます。視線、発声、物への対応、対人関係等での改善が見られます。50数例の自閉症児の訓練の結果については関連する学会で報告しました。

### 母と子の絆と父性の機能と役割

自治医科大学看護短期大学 川崎佳代子

従来父親の機能は、社会学者パーソンズ (Parsons, T., 1954) の論に代表されるように、力と権威のシンボルとして子供の社会化を促すことにあるとされ、愛情と共感に代表される母親の機能と明確に一線を画す視点で考えられてきた。子供の発達には母親の存在とその愛情こそが絶対だとする母性観は、日本においても根強く支持され高度経済成長社会における職住分離の就業構造のもとで「男は仕事、女は家庭」という性別役割分業体制を支え推進してきた。

しかし、女性をめぐる社会的状況が変化し、一方で校内暴力、家庭内暴力、登校拒否、いじめ、ひきこもりなど、子供をめぐる問題も多発し始め、その解決策をさぐるためにもうひとりの親である父親に関心が寄せられるようになり、父親と母親の役割分担や機能に関する再検討が迫られている。

父親の影響は、夫として妻を通じて間接的に与える子供への影響と父親として子供の人間形成に与える直接的な影響の両面から考える必要があり、母性と同様に父性は重要であるといえる。

私は、本講演でまず、親と子あるいは育児をめぐる現在の社会問題にスポットを当てる。次に、何故今まで母性が強調されてきたのか、母性の歴史と欧米の父性研究の結果を引用しながら、これからは母性と父性が共同して育児を行う必要性があることを述べる。最後に、日本人男性の持つ父性の特性に関して、男性のもつ父親イメージを通して、社会的文化的背景を考慮した構造的、発達の視点で父性をとらえることを目的として行った自分の調査の結果を通じてこれから期待される望ましい父親像について述べる。

講演内容の概略は下記に示した。

- I 親と子あるいは育児をめぐる現在の社会問題
- II 母性台頭（母性主義）から母性・父性協働の育児へ
  - 1. 歴史（欧米・ヨーロッパ）

- 2. 歴史（日本）
- 3. 父性役割に関する先行研究
- 4. 父性効果に関する先行研究

- III 日本人男性のもつ父性の特性
  - ～成長過程における父性イメージ調査を通して～

# 「子どもたちのいのち」・「親と子の絆」

聖路加国際病院小児科部長 細谷亮太

私の専門は小児がんです。元々は化学療法が専門です。小児がんは、昔は治らない病気でした。小児がんもトータルでだいたい7割ぐらいまでは生存が可能になってきております。生存とは、一時的に良くなるということではなくて、「治る」という意味です。今では、その位まで成績が伸びてきています。

ただ、治ると言ってもです、きちんと治るということになって、一方で治らない人たちが非常にはっきりと浮き彫りにされてきて、2～3割の人は、どんなにがんばっても治らない。治らない子どもたちを診るのも、小児がんの専門家の役割でして、そして、こういう治らない子どもたちが、今後も移植のドナーになるかもしれない。

子どもの生命に関わる1番大きなファクターは外傷、つまり何とんでも小児の事故です。2番目が小児がんです。

## 生命に対する考えかた—それは文化

はくも初期の研修医を4、5年やってから、アメリカでクリニカル・フェローという臨床の仕事を3年ちょっと経験しました。そのときに、アメリカの文化と日本の文化の違いを非常にはっきりと感じました。

育児ひとつをとっても、元々、アメリカの育児ってというのは、できるだけ早く子どもを自立させて、家から外へ出す。アメリカの広大な原野を、何とかバイオニアとして切り開いていくということが国の目標だったわけです。それはもう非常に明確に、自立ということを最初から目的にして育てました。ですから、昔は子どもたちがいくら泣いてもですね、時間が来なければミルクもあげていませんでした。寝る場所も、親と子どもは別の部屋で、泣いても行かないというようなことをしながら育てた。

だけど、だんだん時代が経つにつれて、アメリカも歴史を積み重ねるにつれて、やっぱり最初の1年間ぐらいは、きちんと親と子どもがつながることが必要なんではないかとい

う反省から、今、少しずつ育児の方法について、東洋流の育児法が見直されてきたりしています。

育児もそうですが、生命に関しての考えというのは、様々な立場とか、様々な人たちによってまったくそれぞれでありまして、文化と言わざるを得ないと思います。

## ご両親に「お話する」

この写真は、今年2回目になりましたが、小児がんの子どもたちのうち、病名、病態ともきちんと話されている子どもだけを集めて、夏に2泊3日で、三浦半島でキャンプをしているところです。この子ども達は、皆悪性腫瘍で、いわゆる小児がんなんですけど、今はこんなふうな、治るようになってきました。

結局、小児がんになったときに、一番最初、発病の時期のクライシス（危機）、つまり家族が非常にびっくりする時期があって、それから、辛い治療があって、治る人たちと、どうしても治らない人たちという2つのグループに分かれるわけですが、そのどの時期でも、クオリティ・オブ・ライフと言うか、子どもたちのことをきちんと考えてあげる必要があると考えます。

「トータル・ケア」という言われ方をしますが、これは、ハーバード大学のドクター・ファーバーという小児科の教授が一番最初に掲げた概念です。どういうケアかと言いますと、集学的治療、すなわち、内科の化学療法の専門家による抗がん剤等を用いる化学療法、外科的療法、放射線療法、その他免疫療法などをみんな行う。それから支持療法としての輸血・制吐剤・高カロリー輸液・痛み止めなどを含めて、いろいろな人たちが関わって治療に当たることで、一生懸命やって、精神的な苦痛や社会生活への影響をできるだけ少なくしながら、きちんと治そうというものです。

最初に診断名を告げるときに、ご両親に対してはどんな配慮をしなければいけないかと言いますと、まず、揃って来てもらう。ご両

親に別々に来てもらうと、片方から片方へ話しがうまく伝わらなかつたり、伝言ゲーム風に間違っただけで伝わったりというようなことがあります。できるだけ、一緒に来てもらうようお願いをします。それから、落ち着いた場所、できるだけゆつくり。これは、なかなか日本の状況では難しいのですが、外来が終わった後の診察室とか、そういうような場所を使います。それから、できるだけ希望を与えるような話し方をする。たとえば、「7割の子どもたちは治りますから頑張りましょう」という言い方と、「お気の毒ですが、3割は亡くなるんです」というような言い方とでは、もう最初からえらく心構えが違ってきます。そしてともかく、正確に、正直に、です。先ほど、コミュニケーションの発達というようなお話がありましたが、できるだけ、本当にきちんと、診断・治療の概要をお話することです。

### 子どもに話すときの3大原則

子どもたちと話すときの大原則を決めておきます。

#### 1) ウソをつかない

これは、わかっていることを全部話すというわけではないのですが、ウソをつかないということを1つの目標にします。

#### 2) わかるように話す

小児と言っても、今、小児科がカバーする領域というのは、私の感覚では新生児から23～24歳までです。この辺で成熟が終わって、後は老けはじめる。老化が始まったら、もう小児科の領域からは外れるんですが、「成熟しつつある」間は、小児科の医者が診て構わないと私は思っています。ときどき、患者さんから、「いくつまで来ていいんですか」と聞かれますと、「老けはじめたら来るな」と言っています。そうすると、どうしても、女の子のほうが後々まで来る(笑)。ということで、25～26歳の人にはざらです。

#### 3) 周囲への気づかい

先ほど日本の文化のお話をしましたが、私のところでは、これからお話しするように、本人がわかる歳になったら、小児がんである

ことを本人にきちんと話そうというスタンスを取っております。しかし、これは必ずしも、100%できるわけではないのです。だから、告知を受けている子と、受けていない子が混在している環境において、告知を受けた子が、自分の非常にプライベートな事柄をベラベラしゃべるといふことのないように、「病気というのは、非常にプライベートな事柄だから、言ってもいい相手といけない相手があるので、あまりベラベラ言わないほうがいいよ」と、できるだけきちんと話しておくようにします。

### 小児へのインフォームド・コンセント

これから申し上げることは日本の文化の今の現状の1つの特徴だと思います。

ほくは、1980年にアメリカから戻ってきたんですが、そのときに既にアメリカでは、小児のインフォームド・コンセントをきちんと取ってました。病名もきちんと言っていました。日本に戻ってくるときに、プロフェッサーから、「戻ったら絶対病名を告知するように。病名もきちんと告げて治療をするのが小児科医の役目だ」と言われてきました。

その通りにしたかったのですが、なかなかそんなに簡単に文化は変わるわけではありません。1980年から準備を始めて、1986年までの6年間かかって、初めて子どもに小児がんだということを、きちんと準備をした上で話をするという機会に恵まれました。準備というのは次のことです。できるだけ良い医療チームを作り上げること、ご両親にもよく、いろいろと考えてもらうこと。たまたま、患者さんと周囲の状況がうまく噛みあえば、第1例目ができるのではないかと思っていました。

この写真は、うちの医療チームです。医者がいて、看護婦さんがいて、訪問看護婦さんがいます。それから、キリスト教の病院なんで、私はクリスチャンじゃないんですが、チャプレンがいます。大事な仲間です。それから、病棟の保母さんがいて、小児科をメインでみてる栄養士さん、小児科をメインでみてるケースワーカー、それから、小児の心理士がいます。

これが、第1例目の患者さんですが、先日たまたま来てくれてお話をしました。生まれ

たのは1976年で、10歳のときに病気の話をしました。愛媛県の宇和島というところで、急性の非リンパ性の白血病になって、どうしても治らないということでうちの病院に送られてきました。今から13年前ですから、当時は、急性の非リンパ性の白血病ってなかなか治らなかつたんですね。だけど、非常にうまい具合に治りました。帰るときに、「自分の町が非常に小さいので、小さいところに帰って、いろんな話が入るとかえって難しくなるかもしれない」ということで、ちゃんと話をして、きちんと自分の病気に関する理解をさせておいた方がということでお話ししました。

心理テストはいっぱいあるんですが、どんな心理テストをやったか、その1つをお目にかけてみたいと思います。これは、木と家と人間を描いてもらう心理テストです(HTPテスト)。これは、この子の告知前のチェック・シートです。自分の部屋の窓ガラスが透けて見えています。中のドアや本棚までちゃんと外から見えるように描いています。子どもの手足が突っ張っています。

こちらは、告知後、3～4ヶ月経ってからの絵です。2階の自分の部屋にベランダができて、中が外からは見えなくなっています。下の窓ガラスにもカーテンがかかっています。女の子の手足がちゃんと動くようになっている。

最初の絵と告知後の絵との違いについて、心理学の先生がおっしゃるには、自分の気持ちの中に、他の人に言いたくない何かがあがった。後の絵には、前の絵にあった突っ張ったような、緊張した感じがなくなって、積極的な状態がうかがわれる。そのようなコメントだったんですね。何例かやってみてもらったこういうコメントに、日本でもちゃんと言えば大丈夫だと確信が持てるようになり、10歳ぐらいを1つの目安にして、小児がんの告知を始めました。

---

5 小さい町では「どこの誰が入院した」などということはすぐに噂になる。さらに、重い病気で遠くの病院に行ったということになれば、誰もが知っていることだろう。とすれば、本人に告知をしなければ、町の人が病気のことを知っているということになりかねない。これが「いろいろな話が入ると難しくなる」ということ。

もちろん、ご両親の承諾が一番大事です。先ほど言いましたように、新生児から24～25歳までを一塊りで小児というふうに括りますから、全部を同じように扱うのが非常に難しい。おとなではずいぶん考えられ、研究もされているインフォード・コンセント、患者さんの権利、自分でどうしたいかを定める自己決定、などが、子どもの場合には、各年齢層に合わせて考えられていません。これは、これからの研究課題だと思います。

ここに示すのは、子どもの権利条約です。

第12条 1 締約国は、自己の意見を形成する能力のある児童がその児童に影響を及ぼすすべての事項について自由に自己の意見を表明する権利を確保する。この場合において、児童の意見は、その児童の年齢及び成熟度に従って相応に考慮されるものとする。

すなわち、今や「自分の意見をまとめる能力のある子どもが、その子に関わるすべての事柄において、自由に自らの意見を表明する権利を認めないといけない」というふうになっています。

先ほど言いましたように、この三原則は、子どもの患者さんに話をするときには、話をする前に、もう一度必ず復唱してから子どもに対応するようにしています。ご両親にも役に立つ三原則だと思っています。

### 小児がんの告知例と非告知例の比較

以前、北里の大学病院で仕事をしていた先生が、たまたま私のところに来まして、北里大学では小児がんの告知は一切行っていないとおっしゃいました。私のところでは行っている。同時期の、告知した小児患者さんと、告知してない小児患者さんとで、どのような違いがあるか調べてみようということになりました。

このリサーチは、北里大学病院の小児科の協力も得て、調べたものです。告知された人、されていない人が半分ぐらいずつ。だから、化学療法中の人と、終わった人が半分ぐらいずつです。

どんなことをしたかと言うと、これはパウ



ムテストと言い、木を描いてもらうものです。木の描き方によって心理学的な状態を分類できるというふうに言われています。そこで、エネルギーの高さと適応度の高さで分類してみたいです。そうすると、非告知群は、化学療法中も化学療法後もともに適応度が比較的低いんです。エネルギーは、化学療法が終わった後ちょっと上がるかですが、適応度が悪いままエネルギーが上がっていくというようなことが、この30例足らずの中でわかりました。

一方、告知群ではですね、適応度もエネルギーも、化学療法中であっても比較的高くて、終わった後はもっといい状態になるということがわかりました。やはり、子どもにも、きちんと告知をして治療に取り組んでもらえるよう告知すべきだろうということが、だいたい見当がつかしました。

**ターミナルケア—これまでと立場を変えた医療のはじまり**

さて、これからは少し暗い話になりますが、治らない子どもたちをどういうふうに診るかというお話です。

ぼくは、化学療法が専門で、治すほうをメインにずっとやってきました。でも、治せない病気もあるんです。私は、科学がどんなに進歩しても、人間の力にはやっぱり限界があるというふうに考えています。医学は進歩すべきです。どんどん進歩しないといけない。でも、治せる病気には限りがあるだろうと。治らない人たちをどう診てあげるか。これも、医学の1つの非常に大事な領域だというふうに思います。

「やれるだけのことはやってみました。お子さんのがんを根だやしにする方法はないと思います」というセリフは、医療側がもう何もやるつもりはないと言っているのと同じことなのでしょう。このパンフレットは、小児がんの研究基金の研究費を使ってつくったターミナルケアについてのパンフレットです。

このパンフレットは言っています。「そうではなくて、今までとは立場を変えた医療を始めるのだ」と。痛くなくて、苦しくなくて、残された時間をよりよい時間にするための医療で、私たちはこれほターミナルケアとか、

緩和医療とかいうふうと呼ぶ、と書いています。ひたすら治そうとする医療よりも、もっとデリケートで、もっと手間のかかる医療です。ターミナルケアは、決して見放すことではありません。

ターミナルケアというのは、病期のどこら辺から始めるかが、非常に大事になりますし、それから、コミュニケーションを十分取ることが大事です。それから痛くないようにする。バランス感覚も大事です。規則、治療、在宅などを、良好なバランス感覚をもって、今何をすべきかということを考える。家族へのサポートも非常に重要です。

**「3日前」のディズニーランド**

このスライドの真中にいる女の子はもう治らない段階の白血病です。お姉ちゃんとお母さんと3人で遠足に行ったときの写真です。こんなふうニコニコできるような状況に持って行って、いい時間をつくってあげれば、小児がんの場合は、まだまだ一緒に過ごす時間がだいぶあるんです。

この子は、白血病になって、10歳で告知されています。この子と、さっきの子がほとんど同じぐらいの時期なんです。告知されてから、卵巣の再発をしまして、治療がうまく終わったなと思ったら、1年ほどして今度は骨髄に再発をいたしまして、東海大学で骨髄移植をやってもらったんです。これもうまく行って、1年ほどして、また骨髄に再発をしまして、インターフェロン、インターロイキンによる治療を一生懸命やって、エキスペリメンタルな（実験段階の）治療もしたんですが、結局はうまくいかない。そこで、じゃあ、もうお家で苦しめない程度の治療をしながらいようということで、暮らしていた女の子です。

これが亡くなる3日前ぐらいの写真なんです。ディズニーランドに行って楽しくしている写真です。

**在宅ターミナル—いちばん美味しかった餃子**

私のところでは、在宅のターミナルといい、在宅で最期まで診るということをやっています。この10歳の男の子は、その一番最初の例



です。1990年、9年前、の患者さんでした。肺がんで、珍しいんですが、腎臓と脾臓と脳とに転移がありまして、入院はもう絶対イヤだと言うんです。ちょうどその頃、在宅のターミナルについて研究しようということで、研究費が出ましたので、その研究費を使って、アルバイトの看護婦さんに手伝ってもらって診つづけた症例でした。

在宅ターミナルを始めてみると、おうちでお父さんとお母さんが非常に上手に看取ることができる。やっぱり、一番大事なのは、受け容れると言うか、受容することですね。死に至るのだということを、患者さんが受けとめて感じる感じ方と、医療者が積極的な治療を施すのはここでおしまいと決めるものが、非常に近ければ、全然違和感なく、非常に幸福な状態で、日常のご飯を食べる、お風呂に入る、寝る、などの日常生活とあんまり変わらない静けさの中で、子どもは天国に行くことができます。これは、どうしてかと言うと、医者の方の「認知」の時間と、患者さんが感じる感じ方がピッタリ合うからなんです。移植医療を日本で進める場合でも、そこら辺が今後のとても大事な点になるのではないかと私は思います。

このお母さんは、自分が食事の世話をしたりするところのすぐ後ろにベットを置いて、いつも男の子と話ができるような状況にして、20日余りを自宅で過ごしました。その間、山の上のマンションのお宅へ何回か往診に行っていたんですが、あるとき学校の先生も来てくれていました。その学校の先生と私が一緒になって、お母さんが作った食事をごちそうになったことがありました。餃子でした。学校の先生もほくも大食漢なものですから、パクパク食べました。その子はそのとき調子悪かったんです。もちろんターミナルですから、そんなたくさん食べられるわけではないけれど、「今日はほくはいらないから、みんなあげる」と言いました。そういうところで残すのが「大人」なんでしょうけれど、私と学校の先生とでみんな食っちゃったんですね。

後でお母さんから聞いた話ですが、その夜は、お父さんがたまたま、会社から呼ばれていなかったんです。この子が夜中の2時ぐらいに起きて、「餃子が食べたい」と言い出した。私と学校の先生が、1つ残らず食っちゃ

ったもんですからもうありません。中に詰めるものだけは冷蔵庫の中に残してあったんですが、皮がありません。

そこで、お母さんは小麦粉を練って餃子の皮をつくりました。どうせそうたくさんは食べられないからと、2つ作った。その2つの餃子を、この子はすごくおいしそうに食べて、「今まで食べた餃子の中で一番おいしかった」と言ってくれたと、お母さんが話してくれました。このようなことができる状況があれば、お母さんやお父さんは十分に余裕を持って送ることができます。

### 家族のケア

後は、家族のケア。実際亡くなる場合に、周りに置かれる人たちのケアも、医療者がやらなければいけないことの1つです。子どもを亡くす親はもちろんですが、親だけじゃなくて、きょうだいもとても大事な対象になります。

この子は、1972年生まれで、1995年亡くなっていますから、23歳のときです。21ぐらいで病気になって、大学病院でいろいろ治療されたんですが、いろいろなところに転移しているし、ということで、結局もうダメかもしれないと、うちの病院にターミナルをやってくれということで送られてきました。だけど、実際、診てみるとですね、後腹膜に1個大きな腫瘍があるだけで、他のところは何もないんです。だから、ひょっとしたら、この後腹膜をきちんと取って、もう1回化学療法をやれば、どうにか行けるかもしれないから頑張ってみないかと、本人に相談を致しました。本人も「やってみる」と言いましたので、3回ほど治療をしたんですが、結局肺に転移が来まして、最期は自宅で亡くなることになりました。

これがその女の子です。亡くなるときには、先ほど言ったように、痛くないように痛くないように、という約束をしていたんで、家に行きましたら、「もうそろそろくたびれたし、酸素を嗅ぐのもいやだ。もう頑張りたくないから、そろそろ行かせて欲しい」と言うんです。行かせるわけにはいかないですから、「じゃあ、酸素を少し減らそうか」というようなことを言いながら、知り合いのチャブレ

ンを呼びました。

この子が「みんなが頑張ってるね、一緒にいたいからって言うてくれるのは、とてもうれしいけれど、もうダメ」だと言うのを聞いて、そのチャブレンは「もういいよ」って言ったんです。酸素は嗅ぎたくない。酸素を嗅がないで、少しずつとうとうとさせておいて欲しいということで、とうとうとしながら、その日のうちに亡くなりました。この子の場合、お母さんがそばにいて、お兄ちゃんもそばにいましたが、お父さんだけが単身赴任でシベリアにいたんです。シベリアにいるお父さんと、とうとうとする前に1回電話で話をするから、ということで、電話でお父さんに「先に行くから」というようなことをきちんと言いました。お父さんだけは、この一連のプロセスに参加していないわけですから、非常にパニックになりました。電話の向こうでパニックになっているのがよくわかった。お母さんが電話に出て、ぼくが出て、お父さんも半分は覚悟していたんだと思うのですが、この子ともう1回さよならして、その日のうちにこの子は亡くなりました。

### 『わすれられないおくりもの』—残されるきょうだいへ

この写真の、この小さな子は脳炎で亡くなりました。お兄ちゃんとお姉ちゃんにどういうふうに、この子が亡くなるということを受け容れさせたらいいかということで、相談を受けたケースです。

そのときに使ったのが絵本です。小児科医はもう使えるものはみんな使って、子どもにわかってもらおうとします。これはアナグマが主人公の『わすれられないおくりもの』という題の絵本です。このアナグマは年を取って、もう自分はダメだろうと思っているんです。その年の冬ごりのときに、暖炉の前で温まっているうちに、もうそろそろかもしれないとお手紙を書いてみんなにさよならをします。

その後で夢を見て、ダメだった足が大丈夫になって、どんどん走っているうちにフワッ

と浮き上がって、アナグマは天国にいっちゃう。

そして、いなくなったアナグマのことを皆が考えて、とても辛い冬を過ごすのですが、次の年の春、皆で集まってアナグマの話をします。モグラは、アナグマからこんな切り紙細工を習ったという話をしますし、ウサギもこんなふうには習ったんだよと言います。キツネはネクタイの結び方を教えてもらったし、というような話をするんです。

こういう話をしたら、あんな小さい子どもたちでも、ちゃんとわかってくれたんです。だから、子どもが亡くなること、ひょっとしたらそういう子たちはドナーとしてリクルートされる人たちかもしれませんが、そういうような人たちが亡くなるというとき、周りの状況がどういうものかというようなことを、みんながよく考える必要があると思います。

### 「ひと」を診る医療

私は医者ですし、リサーチもしてきましたし、元々痛くないように、苦しめないようにするのが医学だと思って医学部を目指しましたが、リサーチをしているうちに、相手にするものが細胞とかDNAとかそっちのほうに移っていきました。そうしていくうちに、人間の存在が非常に希薄な感じになってくるんですね。当然、死の存在も薄くなっていく。そういう頃にこういう仕事を始めたものですから、人の生命に対して余計強いインパクトを受けた気がしています。

人間から少し離れてしまった医療に対して、一般の人たちが非常に大きな不安を持っていることは、とても大きな問題なんではないかと思っています。「脳死」は、ターミナルケアに当たる人たち、死を扱う人たちにとっても、非常に重要な課題だったはずなのに、いつのまにか日本では、移植とだけ結びつけて話されている状況になっています。これは、我が国における少し大きな問題の一つではないかと思っています。

ご静聴ありがとうございました。

## 平成12年度 栃木県こどもの健康週間 事業報告

平成13年2月1日

平成12年度の栃木県こどもの健康週間は、10月8日～15日に行われた。

計29施設（うち2施設は合同）が参加した。

29会場（うち2会場は1施設による）で健康診断・講話会などが開催され、延べ331名が参加した。

施設名	実施場所	実施日時	内容・タイトル	参加人数
有村小児科医院	保育園	10月10日	育児講演会	5
	有村小児科医院	10月13日	育児相談・健康相談	30
石黒小児科医院	石黒小児科医院	10月12日	乳幼児健康相談	16
くろさき こどもクリニック	くろさきこどもクリニック 外来待合室	10月11日	家庭でできる 小児喘息ケア	5
国立栃木病院	国立栃木病院 小児科外来	10月11日	健康相談	3
渋川小児科医院	渋川小児科医院	10月10日～14日	健康相談	7
済生会宇都宮病院	済生会宇都宮病院 小児科外来	10月10日	小児科なんでも相談	2
てらもと小児科	てらもと小児科	10月12日	こども健康何でも相談	2
栃木県身体障害 医療福祉センター	栃木県身体障害 医療福祉センター	10月11日	こども発達相談	0
友枝こども クリニック	友枝子ども保育館	10月9日 10月13日	子どもの運動療法	4
ひまわり こどもクリニック	ひまわりこどもクリニック	10月10日	健康相談	6
星小児科医院	まこと幼稚園	10月12日	こどもの病気と予防対策	60
山崎小児科医院	山崎小児科医院待合室	10月13日	子育てミニサロン	9
若草小児科医院	若草小児科医院	10月13日	健康相談	6
日光市民病院	日光市民病院外来ホール	10月13日	こどもの食生活について	2
宗形医院	宗形医院小児科	10月12日	育児相談・乳児・幼児健診	7
飯岡小児科医院	飯岡小児科医院	10月10日	電話による健康相談	4
いとうこども クリニック	いとうこどもクリニック	10月8日	こども健康相談	6
布川小児科医院	村井保育園	10月12日	子どもの感染症について	15
大田原赤十字病院	大田原赤十字病院 小児科外来	10月13日	子育てなんでも相談	2
真岡市保健福祉部	総合福祉保健センター	10月15日	小児科医と話そう	40
島野小児科医院	島野小児科医院	10月14日	育児相談・健康相談等	15
桜井こども	桜井こどもクリニック	10月12日	健康相談	0
獨協医科大学 小児科（内分泌）	獨協医科大学小児科外来	10月14日	小児アレルギー疾患Q&A	12
獨協医科大学 小児科（血液）	おもちゃのまち幼稚園	10月13日	講演会	27
黒須病院	黒須病院	10月14日	公開講座	23
おざわ医院	田原コミュニティプラザ	10月12日	講演会	10
高橋医院	西方町保健センター	10月12日		2
西方病院				
自治医科大学 付属病院小児科	南河内町 コミュニティーセンター	10月14日	講演会	11

(順不同)

## 栃木県小児保健会役員名簿

平成12年度

職 名	氏 名	所 属
会 長	江口 光興	獨協医科大学小児科学（血液）教授
副 会 長	梶田 俊行 石黒 彬男 伊藤 正子	県東健康福祉センター長 石黒小児科院長 栃木県看護協会長
常任理事	桃井 真里子 有阪 治 加藤 一昭 石井 徹 井原 正博 星 紀彦 吉野 良寿 高柳 慎八郎 豊田 高子 大越 悦子 土屋 克巳	自治医科大学小児科学教授 獨協医科大学小児科学（内分泌）教授 栃木県保健衛生事業団小児保健部 国立栃木病院小児科医長 済生会宇都宮病院小児科医長 星小児科院長 吉野小児科院長 栃木県身体障害医療福祉センター所長 栃木県栄養士会理事・森病院 県西健康福祉センター地域保健課母子精神担当係長 栃木県保健福祉部児童家庭課長
理 事	野口 忠男 布川 武男 大野 照子 名取 喜久雄 戸崎 紀代子 周藤千代子	栃木県母性衛生学会 布川小児科院長 大野外科小児科副院長 栃木県歯科医師会 城山中央小学校、栃木県養護教育研究会副会長 市町村保健婦業務研究会副会長・足利市保健センター
監 事	高橋 良子 岡 文代	宇都宮市役所保健福祉部健康課 栃木県看護協会看護婦職能理事・塩谷総合病院看護部長
顧 問	友枝 宗正	日本小児保健協会名誉会員・友枝小児クリニック院長

(順不同)

# 栃木県小児保健会規約

## 第1章 総 則

(名称)

第1条 本会は栃木県小児保健会と称する。

(目的)

第2条 本会は小児保健に関する調査研究、知識技術の普及向上をはかり、もって小児の保健及び福祉の増進に寄与することを目的とする。

(事業)

第3条 本会は前条の目的を達成するため次の事業を行う。

- 1 小児保健に関する調査研究
- 2 学会、講演会等の開催
- 3 機関誌等の発行
- 4 その他、本会の目的を達成するために必要な事業

## 第2章 会 員

(組織)

第4条 本会員は正会員と賛助会員とをもって組織する。

- 2 正会員は本会の趣旨に賛同して入会したものとす。
- 3 賛助会員は本会の事業を賛助するため入会したものとす。

(会員)

第5条 正会員の年会費は1,000円とする。

- 2 賛助会員の年会費は1口10,000円とし、1口以上とする。

(入会)

第6条 本会に入会しようとするものは、別に定める入会申込書に会費を添えて、本会の事務所に申し込むものとする。

## 第3章 役 員 等

(役員)

第7条 本会に次の役員をおく。

- 会 長 1名  
副会長 3名  
理 事 若干名  
(うち常任理事若干名)  
監 事 2名

(選任)

第8条 理事及び監事は正会員の中から総会

において選任する。

- 2 常任理事は、理事の互選による。  
(職務権限)

第9条 会長は、本会を代表し会務を総理する。

- 2 副会長は、会長を補佐し、会長に事故がある時は、あらかじめ会長が定めた順序によりその職務を代理する。
- 3 理事は、理事会を組織し、会務を執行する。
- 4 常任理事は会務を分掌する。
- 5 監事は、会計を監査する。

(任期)

第10条 役員任期は2年とする。ただし再任を妨げない。

- 2 役員に欠員を生じたときは、理事会においてこれを補充する。
- 3 補充により就任した役員任期は、前任者の残任期間とする。

(顧問)

第11条 本会に、顧問をおくことができる。

- 2 顧問は、理事会の推薦により会長が委嘱する。
- 3 顧問は、会長の諮問に応じて意見を述べ、本会の事業を援助する。

## 第4章 会 議

(会議)

第12条 本会の会議は、総会及び理事会とする。

- 2 総会は毎年1回開催する。ただし、会長が特に必要と認める場合には、臨時総会を開くことができる。
- 3 理事会は必要に応じて開催する。

(議決事項)

第13条 総会は会員の半数以上の出席をもって構成し、次の各号に掲げる事項を決議する。

- 1 事業計画及び予算の決定
  - 2 事業報告及び決算の承認
  - 3 規約の変更
  - 4 前各号に掲げるもののほか会長または理事会が必要と認める事項
- 2 理事会は理事の半数以上の出席をもって

構成し、次の各号に掲げる事項を決議する。

- 1 総会の議決した事項の執行に関する事項
- 2 総会に付議すべき事項
- 3 総会から委任された事項
- 4 前各号に掲げるもののほか、総会の議決を要しない会務の執行に関する事項

(議長)

第14条 総会の議長は、会長又は、会長があらかじめ指定した者が総会の承認を得てこれにあたる。

- 2 理事会の議長は会長がこれにあたる。

(議決)

第15条 会議の議事は出席構成員の過半数の同意をもって可決し、可否同数の場合は議長の決するところによる。

## 第5章 事務所等

(事務所)

第16条 本会の事務所は、会長のもとに置く。

(事務局)

第17条 本会の事務を処理するため事務局を置く。

- 2 事務局の職員は会長が委嘱する。

## 第6章 会計

(費用負担)

第18条 本会の運営に要する費用は会費、寄附金及びその他の収入をもってあてる。

(会計年度)

第19条 本会の会計年度は毎年4月1日に始まり翌年3月31日に終わる。

## 第7章 雑則

(規約外事項)

第20条 この規約に定めるもののほか、必要な事項については会長が別に定める。

附 則

- 1 この規約は昭和49年11月29日から適用する。

附 則

- 2 この規約は昭和53年6月24日から適用する。

附 則

- 3 この規約は昭和60年4月1日から適用する。

附 則

- 4 この規約は平成4年6月20日から適用する。

附 則

- 5 この規約は平成6年7月2日から適用する。

## 栃木県小児保健会会員の加入状況

(平成13年2月28日現在)

(1)正会員	272名
医師	61名
歯科医師	4名
保健婦	126名
看護婦	44名
助産婦	10名
栄養士	7名
教諭	3名
その他	17名

### 謝 辞

本会の運営に対し、多くの企業の補助、ご寄付、ご協力を頂きました。ここに社名を掲げて厚くお礼申し上げます。(順不同)

グラクソ・スミスクライン(株)  
藤沢薬品(株)  
協和発酵(株)  
中外製薬(株)  
明治製菓(株)

シオノギ製薬(株)  
武田薬品工業(株)  
ウェルファイド(株)  
萬有製薬(株)  
大塚製薬(株)

## 小児保健後記

平成12年度より、江口光興教授の会長就任に伴い、獨協医科大学小児科学（血液）教室が栃木県小児保健会事務局を担当させていただくことになりました。何かと行き届かぬ点もあるかと思いますが、宜しくお願いいたします。

この度、雑誌「小児保健会栃木第18号」をお送りすることができました。発行が遅れ、会員の皆様方にはご迷惑をおかけしました。お詫び申し上げます。

平成13年度も引き続き、当教室が事務を担当させていただきます。何卒ご協力とご指導、ご鞭撻のほどお願いいたします。

最後に、会の運営に対しご協力、ご寄付いただきました各社にお礼申し上げます。

小児保健栃木 18号  
平成13年 3月31日発行  
発行 栃木県小児保健会  
下都賀郡壬生町北小林880  
獨協医科大学小児科（血液）内  
電話0282-87-2156  
印刷 株松井ビ・テ・オ・印刷